

**HUBUNGAN STATUS EMOSIONAL DENGAN TINGKAT  
NYERI PADA PASIEN SINDROMA DISPEPSIA DI POLI  
PENYAKIT DALAM KLINIK SEGIRI MEDIKA  
SAMARINDA**

**PENELITIAN**



**OLEH:**

**FASRY TRIYANA MEILANDANI**

**1111308230274**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
MUHAMMADIYAH SAMARINDA**

**2015**

**HUBUNGAN STATUS EMOSIONAL DENGAN TINGKAT  
NYERI PADA PASIEN SINDROMA DISPEPSIA DI POLI  
PENYAKIT DALAM KLINIK SEGIRI MEDIKA  
SAMARINDA**

**PENELITIAN**



**OLEH:**

**FASRY TRIYANA MEILANDANI**

**1111308230274**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
MUHAMMADIYAH SAMARINDA**

**2015**

## **SURAT PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Fasry Triyana Meilandani

NIM : 11.113082.3.0274

Program Studi : S-1 Ilmu Keperawatan

Judul Penelitian : Hubungan Status Emosional dengan Tingkat Nyeri  
pada Pasien Sindroma Dispepsia di Poli Penyakit  
Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda

Menyatakan bahwa penelitian yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila kemudian hari didapatkan bukti bahwa terdapat plagiat dalam penelitian ini, maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan perundang-undangan (Permendiknas No. 17, tahun 2010).

Samarinda, Juni 2015

Fasry Triyana Meilandani  
NIM: 11.113082.3.0274

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**HUBUNGAN STATUS EMOSIONAL DENGAN TINGKAT NYERI PADA  
PASIEN SINDROMA DISPEPSIA DI POLI PENYAKIT DALAM KLINIK  
SEGIRI MEDIKA SAMARINDA**

**SKRIPSI**

**DISUSUN OLEH :**

**FASRY TRIYANA MEILANDANI  
1111308230274**

**Disetujui untuk diujikan  
Pada tanggal, 11 Juli 2015**

**Pembimbing I**

**Pembimbing II**

**Ns. Maridi M. Dirdjo., M. Kep  
NIDN : 1125037202**

**Ns. Taharuddin, S.Kep  
NBP :090419**

**Mengetahui,  
Koordinator Mata Ajar Skripsi**

**Ns. Faried Rahman Hidayat, S.Kep.,M. Kes  
NBP: 130483**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**HUBUNGAN STATUS EMOSIONAL DENGAN TINGKAT NYERI PADA  
PASIEN SINDROMA DISPEPSIA DI POLI PENYAKIT DALAM KLINIK  
SEGIRI MEDIKA SAMARINDA**

**SKRIPSI**

**DISUSUN OLEH :**

**FASRY TRIYANA MEILANDANI  
1111308230274**

**Diseminarkan dan Diujikan  
Pada tanggal, 11 Juli 2015**

**Penguji I**

**Penguji II**

**Penguji III**

**Ns. Linda D.N.F., M.Kep., Sp.Jiwa  
NIP : 197311031995052004**

**Ns. Maridi M. Dirdjo., M. Kep  
NIDN : 1125037202**

**Ns. Taharuddin, S. Kep  
NBP : 090419**

**Mengetahui,  
Ketua  
Program Studi S1 Keperawatan**

**Ns. Siti Khoirah M., S.Pd., M.Kep  
NIDN :1115017703**

## Hubungan status emosional dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda Tahun 2015.

Fasry Triyana Meilandani<sup>1</sup>, Maridi M. Dirdjo<sup>2</sup>, Taharuddin<sup>3</sup>

### INTISARI

**Latar Belakang:** Menurut data KemenKes RI (2012) dispepsia memiliki frekuensi kunjungan ke rumah sakit tertinggi ke 6 untuk pasien rawat inap dan tertinggi ke 7 untuk pasien rawat jalan. Gangguan psikis dipercaya dapat menimbulkan sindroma dispepsia karena dapat meningkatkan asam lambung, dismotilitas saluran cerna, inflamasi dan hipersensitif visceral.

**Tujuan Penelitian:** Tujuan dari penelitian adalah untuk mengetahui hubungan antara status emosional dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda Tahun 2015.

**Metode Penelitian:** Rancangan penelitian ini menggunakan rancangan korelasional dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi penelitian ini adalah seluruh pasien sindroma dispepsia yang datang ke Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda, sedangkan sampelnya adalah seluruh pasien sindroma dispepsia yang datang ke Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda pada tanggal 23 Februari 2015 sampai 23 April 2015 dengan menggunakan teknik *Accidental Sampling* sebanyak 43 responden. Pengumpulan data menggunakan kuesioner, data yang terkumpul di analisis dengan teknik distribusi frekuensi dan analisa bivariat menggunakan *Fisher Exact Test* dengan  $\alpha$  5%.

**Hasil Penelitian:** 1) Hasil penelitian hubungan antara tingkat depresi dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia menunjukkan  $p$  Value  $0,393 > \alpha 0,05$  sehingga  $H_0$  diterima yang berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat depresi dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda. 2) Hasil penelitian hubungan antara tingkat cemas dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia menunjukkan  $p$  Value  $0,027 < \alpha 0,05$  sehingga  $H_0$  ditolak yang berarti ada hubungan yang bermakna antara tingkat kecemasan dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda. 3) Hasil penelitian hubungan antara tingkat stres dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia menunjukkan hasil nilai  $p = 0,021 < \alpha 0,05$  sehingga  $H_0$  ditolak yang berarti ada hubungan yang bermakna antara tingkat stres dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda. 4) Hasil penelitian menunjukkan  $p$  Value  $0,000 < \alpha = 0,05$  yang berarti  $H_0$  ditolak. Maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan bermakna antara status emosional dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda.

**Kata kunci:** status emosional, tingkat nyeri, sindroma dispepsia

- 
1. Mahasiswa, Program Studi Ilmu Keperawatan, STIKES Muhammadiyah Samarinda
  2. Dosen, Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda
  3. Dosen, Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda

# The Relationship Between Emotional Status To The Level Of Pain Of Patients With Dyspepsia Syndrome In The Internist Department Of Klinik Segiri Medika Samarinda 2015.

Fasry Triyana Meilandani<sup>1</sup>, Maridi M. Dirdjo<sup>2</sup>, Taharuddin<sup>3</sup>

## ABSTRACT

**Background:** According to data of Ministry Health of Indonesia (2012) dyspepsia is the highest visited to hospital to 6 for inpatients and to 7 for outpatients. Psychology disorders is believed to causes of dyspepsia syndrome because it can increase stomach acid, gastrointestinal dysmotility, inflammatory and visceral hypersensitivity.

**Objective:** The purpose of this study was to determine the relationship between emotional status to the level of pain in patients with dyspepsia syndrome in the internist department of Klinik Segiri Medika Samarinda 2015.

**Method:** This study is using correlational design research with cross sectional approach. Population of this research is the overall patients who come to internist department of Klinik Segiri Medika Samarinda with dyspepsia syndrome, while the sample is whole patients who come to the internist department of Klinik Segiri Medika Samarinda on 23<sup>th</sup> February 2015 until 23<sup>th</sup> April 2015. Method of sampling is using accidental sampling technique as many as 43 respondents. Gathering data using questionnaires, the data collected were analyzed by frequency distribution techniques and bivariate analyzed using the Fisher Exact Test with  $\alpha$  5%.

**Result:** 1) Results study of the relationship between depression level with the level of pain in a patients with dyspepsia syndrome showed  $p$  Value  $0.393 > \alpha$  0.05  $H_0$  accepted, it means there is no significant relationship between the level of depression with the level of pain in patients with dyspepsia syndrome in the internist department of Klinik Segiri Medika Samarinda. 2) Results study of the relationship between anxiety level with the level of pain in patients with dyspepsia syndrome showed  $p$  Value  $0.027 < \alpha$  0.05  $H_0$  is rejected, it means there is a significant relationship between the level of anxiety with the level of pain in patients with dyspepsia syndrome in the internist department of Klinik Segiri Medika Samarinda 3) Results study of the relationship between stress level with the level of pain in patients with dyspepsia syndrome showed  $p$  value  $0.021 < \alpha$  0,05  $H_0$  is rejected, it means there is a significant relationship between the level of stress with the level of pain in patients with dyspepsia syndrome in the internist department of Klinik Segiri Medika Samarinda. 4) Results showed  $p$  Value  $0.000 < \alpha = 0.05$  which means that  $H_0$  is rejected. It can be concluded that there is a significant relationship between emotional status to the level of pain in patients with dyspepsia syndrome in internist department of Klinik Segiri Medika Samarinda.

**Keyword:** emotional status, level of pain, dyspepsia syndrome

- 
1. Student, bachelor of nursing STIKES Muhammadiyah Samarinda
  2. Lecturer, bachelor of nursing STIKES Muhammadiyah Samarinda
  3. Lecturer, bachelor of nursing STIKES Muhammadiyah Samarinda

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT yang selalu memberikan rahmat dan karunia-Nya, serta tak lupa pula sholawat dan salam pada Nabi Besar Muhammad SAW, sehingga saya dapat menyusun proposal penelitian ini yang berjudul "*Hubungan Status Emosional dengan Tingkat Nyeri pada Pasien Sindroma Dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda*".

Saya menyadari bahwa dalam penulisan skripsi ini masih terdapat kekurangan dan masih jauh dari sempurna dikarenakan keterbatasan dan kurangnya pengetahuan yang saya miliki. Oleh sebab itu, kritik dan saran yang membangun sangat saya harapkan untuk kesempurnaan skripsi saya.

Dalam penulisan skripsi ini, saya banyak mendapatkan bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Untuk itu saya sampaikan banyak terima kasih kepada :

1. Bapak Ghozali MH, M.Kes. selaku ketua STIKES Muhammadiyah Samarinda.
2. dr. Anthony Simangunsong, Sp.B sebagai direktur Klinik Segiri Medika Samarinda yang telah memberikan ijin penelitian.
3. Ibu Ns. Siti Khoiroh Muflikhatin, M.Kep selaku ketua program studi S1 Ilmu Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda.
4. Bapak Ns. Faried Rahman Hidayat, S.Kep., M.Kep selaku dosen mata ajar skripsi di STIKES Muhammadiyah Samarinda.



5. Bapak Ns. Maridi M. Dirdjo, M.Kep dan Bapak Ns. Taharuddin, S.Kep selaku pembimbing I & II dan selaku penguji II & III dalam skripsi ini.
6. Ibu Ns. Linda Dwi Novial Fitri, M.Kep., Sp.Jiwa selaku penguji I dalam skripsi ini.
7. Kedua orang tua Fakhrol Aidi Sarpani dan Srie Rahayu, serta kakak-kakakku Fasry Budi Saputera, S.Pd.I, Fasry Heldha Dwisuryati, S.H.I, Ika Historina Yanti, kedua keponakan ku yang tersayang Muhammad Radika Ramadhan dan Mikailano Radika Najma dan seluruh keluargaku tercinta yang selalu memberikan dukungan moril dan materil yang tak terhingga.
8. Seluruh dosen dan staf pendidikan STIKES Muhammadiyah Samarinda.
9. Yang istimewa seluruh saudara ku Devi Larasati Amir, Dewi Lamsari Simatupang, Fika Aminingsih, Fitriani Selviana Dewi, Fitriyanti Ladjamal yang selalu memberikan keceriaan dan support bagi peneliti.
10. Untuk dr. Astried Indrasari, Sp.PD., yang selalu memberikan motivasi kepada peneliti.
11. Untuk Beni Susanto yang tanpa bosan selalu memberikan support dan motivasi terhadap peneliti.
12. Seluruh teman-teman seperjuangan STIKES Muhammadiyah Samarinda angkatan 2011 program regular S1 Ilmu Keperawatan.
13. Dan semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang selalu memberikan dukungan kepada peneliti.

Semoga tulisan ini mengandung manfaat yang dapat dipergunakan bagi optimalisasi pelayanan kesehatan dan keperawatan.

Samarinda, Juni 2015

Peneliti

# MOTTO

***"Bukan orang lain yang  
membuat kita berperilaku, tapi  
diri sendiri lah yang membuat  
kita berperilaku"***

## DAFTAR ISI

### HALAMAN SAMBUT

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN .....	ii
HALAMAN LEMBAR PERSETUJUAN .....	iii
HALAMAN LEMBAR PENGESAHAN .....	iv
INTISARI .....	v
ABSTRACT .....	vi
KATA PENGANTAR .....	vii
MOTTO .....	x
DAFTAR ISI .....	xi
DAFTAR TABEL .....	xiv
DAFTAR SKEMA .....	xv
DAFTAR GAMBAR .....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN .....	xvii

### BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	7
C. Tujuan Penelitian .....	7
D. Manfaat Penelitian .....	9
E. Keaslian Penelitian .....	10

## **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

A. Telaah Pustaka .....	14
1. Dispepsia .....	14
2. Konsep Nyeri .....	30
3. Konsep Status Emosional .....	47
B. Penelitian Terkait .....	79
C. Kerangka Teori .....	82
D. Kerangka Konsep .....	83
E. Hipotesis .....	84

## **BAB III METODELOGI PENELITIAN**

A. Desain dan Rancangan .....	86
B. Populasi dan Sampel Penelitian .....	87
C. Waktu dan Tempat Penelitian .....	89
D. Variable Penelitian .....	89
E. Definisi Operasional .....	90
F. Instrument Penelitian .....	92
G. Uji Validitas dan Uji Reliabilitas .....	93
H. Teknik Pengumpulan Data .....	95
I. Teknik Analisa Data .....	96
J. Etika Penelitian .....	100
K. Jalannya Penelitian .....	101

## **BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN**

A. Gambaran Umum Klinik Segiri Medika Samarinda .....	104
---	-----

B. Hasil Penelitian .....	105
C. Pembahasan .....	114
D. Keterbatasan Penelitian .....	134

## **BAB V KESIMPULAN DAN SARAN**

A. Kesimpulan .....	135
B. Saran .....	137

## **DAFTAR PUSTAKA**

Lampiran-lampiran

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Skor Penilaian pada DASS .....	79
Tabel 3.1 Definisi Operasional .....	91
Tabel 3.2 Daftar Pernyataan dalam DASS .....	92
Tabel 3.3 Jadwal Penelitian .....	103
Tabel 4.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Umur .....	105
Tabel 4.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin .....	106
Tabel 4.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan .....	106
Tabel 4.4 Karakteristik Responden Berdasarkan Perkawinan .....	106
Tabel 4.5 Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan .....	107
Tabel 4.6 Karakteristik Tingkat Depresi Responden .....	107
Tabel 4.7 Karakteristik Tingkat Kecemasan Responden .....	108
Tabel 4.8 Karakteristik Tingkat Stress Responden .....	108
Tabel 4.9 Karakteristik Status Emosional Responden .....	108
Tabel 4.10 Karakteristik Tingkat Nyeri Responden .....	109
Tabel 4.11 Tabulasi Tingkat Depresi dengan Tingkat Nyeri .....	109
Tabel 4.12 Tabulasi Tingkat Kecemasan dengan Tingkat Nyeri .....	111
Tabel 4.13 Tabulasi Tingkat Stress dengan Tingkat Nyeri .....	112
Tabel 4.14 Tabulasi Status Emosional dengan Tingkat Nyeri .....	113

## DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Kerangka Teori .....	82
Skema 2.1 Kerangka Konsep .....	83

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Patogenesis .....	25
Gambar 2.2 Rentang Respon Emosional .....	47



## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1. Biodata peneliti

Lampiran 2. Permohonan Menjadi Responden

Lampiran 3. Persetujuan Menjadi Responden Penelitian

Lampiran 4. Kuesioner Penelitian

Lampiran 5. Output Univariat dan Bivariat

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Manusia adalah suatu makhluk individu yang holistik dimana ada suatu keterkaitan antara tubuh, pikiran, emosi, sosial/ budaya, relasi, dan lingkungan. Kesehatan sangat penting bagi setiap individu, sehat bukan berarti hanya sehat secara fisik maupun mental, akan tetapi sehat adalah suatu keadaan sejahtera situasi fisik, mental, dan sosial yang tidak hanya bebas dari penyakit dan kecacatan (WHO 2004). Menurut UU No. 36 Tahun 2009 sehat adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi.

Mengacu pada definisi sehat di atas kehidupan seseorang tidak menjadi produktif apabila fisik, mental, spiritual maupun sosialnya terganggu. Pada seseorang yang mengalami sindroma dispepsia mereka akan mengeluhkan beberapa gejala yang berasal dari saluran cerna bagian atas, dan keluhan ini sering ditemui para ahli kesehatan seperti dokter, perawat, ataupun tenaga kesehatan lainnya dalam praktik sehari hari.

Menurut data depkes RI tahun 2004 penyakit tidak menular akhir-akhir ini merupakan suatu penyebab morbiditas dan mortalitas

di negara-negara yang sedang berkembang termasuk Indonesia. Dispepsia salah satu penyakit yang tidak menular. Dispepsia merupakan rasa tidak nyaman yang berasal dari daerah abdomen bagian atas. Rasa tidak nyaman tersebut dapat berupa salah satu atau beberapa gejala berikut yaitu: nyeri epigastrium, rasa terbakar di epigastrium, rasa penuh setelah makan, cepat kenyang, rasa kembung pada saluran cerna atas, mual, muntah, dan sendawa. Dispepsia yang telah diinvestigasi terdiri dari dispepsia organik dan dispepsia fungsional. Dispepsia organik terdiri dari ulkus gaster, ulkus duodenum, gastritis erosif, gastritis, duodenitis dan proses keganasan, sedangkan dispepsia fungsional mengacu pada kriteria Roma III yang diputuskan saat konsensus Asia – Pasifik tahun 2012 dengan tambahan gejala berupa kembung pada abdomen bagian atas. (Konsensus Nasional Penatalaksanaan Dispepsia dan Infeksi *Helicobacter pylori*, 2014).

Pada konsensus Roma III (2006) yang khusus membicarakan tentang dispepsia fungsional yang didefinisikan sebagai berikut: Adanya satu atau lebih keluhan rasa penuh setelah makan, cepat kenyang, nyeri ulu hati/ epigastrik, rasa terbakar diepigastrium, tidak ada bukti kelainan struktural (termasuk di dalamnya pemeriksaan endoskopi saluran cerna bagian atas) yang dapat menerangkan penyebab keluhan tersebut, dan keluhan ini terjadi

selama 3 bulan dalam waktu 6 bulan terakhir sebelum diagnosis ditegakkan. (Djojoningrat, 2009).

Berdasarkan hasil penelitian di negara-negara Asia (Cina, Hongkong, Indonesia, Korea, Malaysia, Singapura, Thailand, dan Vietnam) didapatkan 43-79,5% pasien dengan dispepsia adalah dispepsia fungsional. Di Indonesia, data prevalensi infeksi *Helicobacter pylori* pada pasien ulkus peptikum (tanpa riwayat pemakaian OAINS) bervariasi dari 90-100% dan untuk pasien dispepsia fungsional sebanyak 20-40%. (Konsensus Nasional Penatalaksanaan Dispepsia dan Infeksi *Helicobacter pylori*, 2014). Pada tahun 2003 dispepsia menempati urutan ke 10 dengan proporsi 1,5% untuk kategori 10 jenis penyakit terbesar pada pasien rawat jalan di seluruh Indonesia. Tahun 2004, dispepsia menempati urutan ke 15 dari daftar 50 penyakit terbesar pada pasien rawat inap terbanyak di Indonesia dengan proporsi 1,3% dan menempati urutan ke 35 dari daftar 50 penyakit penyebab kematian dengan PMR 0,6% (Profil Depkes RI, 2005 dalam Sari, 2012).

Menurut data dari Kementerian Kesehatan RI tahun 2012, gangguan lambung yang termasuk gangguan pencernaan bagian atas (dispepsia) memiliki frekuensi kunjungan ke rumah sakit tertinggi ke 6 untuk pasien rawat inap dan tertinggi ke 7 untuk pasien rawat jalan. Di Indonesia, prevalensi dispepsia 15-30% pada

orang dewasa. Sebanyak 35% berkonsultasi ke dokter umum dan 40% bagian gastroenterologi. Sementara itu, 49% dari pasien dispepsia adalah gastritis (Kompas.com).

Mengacu pada berbagai keluhan yang timbul pada penderita sindroma dispepsia, nyeri epigastrium adalah salah satu dari berbagai keluhan tersebut. Definisi nyeri sendiri menurut *The International Association for the study of pain* (IASP) merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat adanya kerusakan atau ancaman kerusakan jaringan. Berdasarkan definisi tersebut nyeri merupakan suatu gabungan dari komponen objektif (aspek fisiologi sensorik nyeri) dan komponen subjektif (aspek emosional dan psikologis) (Sunaryanto, 2009). Pada penelitian Ervianti (2009, dalam Sari 2011) dimana jumlah kasus dispepsia pada supir truk di PT. Varia Tuban adalah sebesar 52,1%. Responden yang mengalami sindroma dispepsia mempunyai keluhan mual (88%), nyeri perut (80%), perut kembung (76%), sendawa (68%), cepat kenyang (44%) dan muntah (40%). Dari hasil penelitian diatas terlihat bahwa pada penderita sindroma dispepsia nyeri perut menjadi keluhan tersering dengan tingkat persentase yang cukup tinggi sekitar 80%.

Dispepsia mempunyai beberapa faktor utama yang menyebabkan terjadinya timbulnya berbagai keluhan pada pasien sindroma dispepsia antara lain gangguan motilitas gastroduodenal,

infeksi *Helicobacter pylori*, asam lambung, hipersensitifitas viseral, dan faktor psikologis. Menurut Longsreth (2004) dalam Rahmiwati (2010) Gangguan psikis (ansietas/ depresi) dipercaya dapat menimbulkan sindroma dispepsia karena dapat meningkatkan asam lambung, dismotilitas saluran cerna, inflamasi dan hipersensitif viseral. Adanya berbagai macam kebiasaan-kebiasaan seperti pola hidup, kesibukan dalam pekerjaan ataupun pola makan yang tidak teratur dan paling sering adalah faktor stress/ tekanan psikologis yang berlebihan juga dapat menyebabkan dispepsia (Harahap, 2007). Psikologis atau status emosional alam perasaan (mood) adalah perpanjangan keadaan emosional yang mempengaruhi seluruh kepribadian dan fungsi kehidupan seseorang. Alam perasaan ini meliputi emosi seseorang yang kuat dan menyebar dan mempunyai arti yang sama dengan afek, keadaan perasaan, dan emosi (Struart, 2006).

Menurut penelitian Arina (2006, dalam Rahmiwati 2010) di RS. Dr. M. Djamil Padang terhadap 134 pasien dispepsia yang dilakukan endoskopi didapatkan 40 orang mengalami gangguan psikosomatik dengan jumlah pasien yang mengalami depresi sebanyak 70% dan ansietas sebanyak 10%. Stresor psikososial yang paling banyak dialami penderita dispepsia adalah faktor lingkungan 22,5%, permasalahan suami/ istri 20% dan lain lain. Dari hasil penelitian di atas terbukti bahwa gangguan psikosomatik

akan berpengaruh pada timbulnya keluhan pada penderita sindroma dispepsia dengan stresor yang paling tinggi 22,5% pada faktor lingkungan.

Pada survey awal yang dilakukan oleh peneliti di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda, berdasarkan data rekam medik bulan Agustus dan September didapatkan data bahwa dari 200 orang pasien rawat jalan 55 orang diantaranya menderita sindroma dispepsia baik organik dan non organik. Pada penelitian tentang gambaran aktivitas fisik, stress, dan kebiasaan merokok pada pasien dispepsia yang dilakukan oleh Sari (2012) di Puskesmas Palaran Samarinda menunjukkan bahwa gambaran pasien dispepsia dengan (1) aktivitas fisik dengan kategori aktif yaitu sebanyak 35 orang (43,21%), aktivitas fisik dengan kategori cukup aktif yaitu sebanyak 31 orang (38,27%), aktivitas fisik dengan kategori tidak aktif yaitu sebanyak 15 orang (18,52%). (2) Gambaran stress pada pasien dispepsia dengan kategori ringan yaitu sebanyak 36 orang (44,45%), stress dengan kategori sedang yaitu sebanyak 42 orang (51,86%), stress kategori berat sebanyak 3 orang (3,70%). (3) Gambaran kebiasaan merokok pada pasien dispepsia dijabarkan dengan responden yang merokok sejak umur 10 tahun sebanyak 48 orang (59,26%), responden yang merokok lebih dari 10 tahun yang lalu sebanyak 40 orang (49,38%), responden yang biasa merokok di luar rumah sebanyak 29 orang

(35,80%). Penderita dispepsia dengan perokok ringan sebanyak 16 orang (19,74%), perokok sedang sebanyak 24 orang (29,65%), perokok berat sebanyak 21 orang.

Dilihat dari hasil-hasil penelitian diatas dapat disimpulkan bahwa ada keterkaitan antara psikologis yang memicu timbulnya berbagai keluhan yang salah satunya nyeri epigastrium pada pasien sindroma dispepsia namun belum diketahui status emosional (depresi, ansietas dan stres) secara keseluruhan dengan tingkat nyeri yang dirasakan pada pasien penderita sindroma dispepsia. Dan berdasarkan uraian diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Hubungan Status Emosional dengan Tingkat Nyeri pada Pasien Sindroma Dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda”.

## **B. Rumusan masalah**

Sebagaimana uraian pada latar belakang maka rumusan masalah penelitian ini adalah “apakah ada hubungan antara status emosional dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda”

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum.**

Untuk mengetahui hubungan antara status emosional dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda.



## 2. Tujuan Khusus.

- a. Untuk mengidentifikasi gambaran karakteristik responden (jenis kelamin, umur, status perkawinan, pekerjaan, pendidikan terakhir) di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda.
- b. Untuk mengidentifikasi gambaran depresi pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda.
- c. Untuk mengidentifikasi gambaran ansietas pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda.
- d. Untuk mengidentifikasi gambaran stress pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda.
- e. Untuk mengidentifikasi gambaran status emosional pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda.
- f. Untuk mengidentifikasi gambaran tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda.
- g. Untuk menganalisis hubungan antara depresi dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda.

- h. Untuk menganalisis hubungan antara ansietas dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda.
- i. Untuk menganalisis hubungan antara stress dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda.
- j. Untuk menganalisis hubungan antara status emosional dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### **1. Teoritis.**

Menambah wawasan terutama dalam bidang kesehatan khususnya keperawatan mengenai gambaran status emosional dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia.

##### **2. Praktisi.**

###### **a. Bagi Responden.**

Mengetahui bahwa status emosional berperan dalam timbulnya keluhan sindroma dispepsia dan diharapkan responden dapat mengatasi gangguan status emosionalnya untuk mengurangi frekuensi timbulnya keluhan berulang.

b. Bagi Pelayanan Kesehatan Setempat.

Sebagai masukan bagi Klinik Segiri Medika Samarinda dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan untuk penanggulangan penyakit dispepsia.

c. Bagi Peneliti.

Menambah wawasan ilmu pengetahuan khususnya tentang status emosional dengan tingkat nyeri pada pasien dengan sindroma dispepsia.

#### **E. Keaslian Penelitian**

Adapun penelitian sebelumnya yang mirip dengan penelitian yang peneliti lakukan adalah :

1. Penelitian oleh Wardana (2011) mahasiswa STIKES Muhammadiyah Samarinda dengan judul "Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Intensitas Nyeri pada pasien gagal ginjal Kronis Pada saat Dilakukan Hemodialisa di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda". Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan cross sectional. Pengambilan sampel dengan cara purposive sampling dengan jumlah sampel sebanyak 38 responden. Teknik pengumpulan data dengan menggunakan angket dan lembar observasi. Pada penelitian ini variabel independent merupakan salah satu dari status emosional yang menjadi variabel independent pada penelitian yang dilakukan, variabel dependent yang digunakan

pada penelitian ini sama dengan variabel dependent pada penelitian yang peneliti lakukan yaitu intensitas nyeri/ tingkat nyeri.

Perbedaannya terletak pada sampelnya yaitu pasien gagal ginjal pada penelitian ini, sedangkan pada penelitian yang peneliti lakukan sampelnya adalah pasien dengan sindroma dispepsia. Cara pengambilan sampelnya secara purposive sampling pada penelitian ini, sedangkan pada penelitian ini dilakukan teknik pengambilan sampel menggunakan *accidental sampling*. Pada penelitian ini status emosional yang digambarkan hanya tingkat kecemasan sedangkan pada penelitian yang telah dilakukan status emosional yang digambarkan adalah depresi, ansietas dan stres. Tingkat nyeri yang diukur pada penelitian ini adalah tingkat nyeri pada pasien gagal ginjal sedangkan pada penelitian yang telah dilakukan tingkat nyeri yang diukur adalah pada pasien sindroma dispepsia.

2. Penelitian oleh Qamariah (2014) mahasiswa STIKES Muhammadiyah Samarinda dengan judul "Hubungan Antara Status Emosional dengan Kejadian Jerawat pada Remaja di SMAN 01 Marangkayu Kabupaten Kutai Kertanegara tahun 2014". Rancangan penelitian ini menggunakan rancangan korelasi yang mengkaji hubungan antara variabel. Populasi

penelitian ini adalah seluruh remaja di SMAN 01 Marangkayu dengan cara pengambilan sampel menggunakan teknik stratified random sampling. Secara kasat mata, status emosional sebagai variabel independent pada penelitian ini sama dengan variabel independent pada penelitian yang akan dilakukan.

Perbedaannya terletak pada variabel independent yaitu status emosional yang digambarkan pada penelitian ini hanya stress sedangkan pada penelitian yang telah dilakukan status emosional yang akan digambarkan adalah depresi, ansietas dan stress. Variabel dependent yang digunakan pada penelitian ini adalah kejadian jerawat sedangkan pada penelitian yang telah dilakukan variabel dependennya adalah tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia. Sampel yang digunakan juga berbeda, pada penelitian ini sampelnya adalah remaja sedangkan pada penelitian yang peneliti lakukan sampelnya adalah pasien yang berumur >12 tahun dengan sindroma dispepsia.

3. Penelitian Rahmiwati (2010) yang berjudul “Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Sikap Pasien Sindroma Dispepsia Fungsional dengan Penanggulangan Gangguan Psikosomatik Dispepsia Fungsional di RS dr. M. Djamil Padang”. Pada penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan dan

sikap pasien dispepsia dengan penanggulangan gangguan psikosomatik dispepsia fungsional di RS dr. M. Djamil Padang pada bulan Agustus 2008 sampai dengan bulan Maret 2009. Desain penelitian ini adalah deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional* studi dengan wawancara terpimpin menggunakan daftar pertanyaan.

Perbedaannya dengan penelitian yang telah dilakukan terdapat pada variabel penelitian dan tujuan penelitian. Pada penelitian yang dilakukan variabel independennya adalah status emosional sedangkan pada penelitian di atas variabel independennya adalah tingkat pengetahuan dan sikap pasien dispepsia, pada variabel dependent penelitian yang telah dilakukan adalah tingkat nyeri sedangkan pada penelitian di atas variabel dependennya adalah penanggulangan gangguan psikosomatik dispepsia fungsional. Tujuan penelitian ini dilakukan adalah untuk mengetahui adanya hubungan antara status emosional dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri medika Samarinda.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

1. Dispepsia.
  - a. Pengertian.

Dispepsia merupakan rasa tidak nyaman yang berasal dari daerah abdomen bagian atas. Rasa tidak nyaman tersebut dapat berupa salah satu atau beberapa gejala berikut yaitu: nyeri epigastrium, rasa terbakar di epigastrium, rasa penuh setelah makan, cepat kenyang, rasa kembung pada saluran cerna atas, mual, muntah, dan sendawa. (Konsensus Nasional Penatalaksanaan Dispepsia dan Infeksi *Helicobacter pylori*, 2014).

Dispepsia merupakan istilah yang digunakan untuk suatu sindroma atau kumpulan gejala/ keluhan yang terdiri dari nyeri ulu hati, kembung, mual, muntah, sendawa, rasa cepat kenyang, perut rasa penuh/ begah (Djojoningrat, 2006).

Menurut konsensus Roma III (2006) yang khusus membicarakan tentang dispepsia fungsional yang didefinisikan sebagai berikut: Adanya satu atau lebih keluhan rasa penuh setelah makan, cepat kenyang, nyeri ulu

hati/ epigastrik, rasa terbakar diepigastrium, tidak ada bukti kelainan struktural (termasuk didalamnya pemeriksaan endoskopi saluran cerna bagian atas) yang dapat menerangkan penyebab keluhan tersebut, dan keluhan ini terjadi selama 3 bulan dalam waktu 6 bulan terakhir sebelum diagnosis ditegakkan. (Djojoningrat, 2009).

b. Etiologi dispepsia.

Menurut Djojoningrat (2006) berikut adalah etiologi dispepsia:

- 1) Gangguan atau penyakit dalam lumen saluran cerna: tukak gaster/ duodenum, gastritis, tumor, infeksi *Helicobacter pylori*.
- 2) Obat-obatan: anti inflamasi non steroid (OAINS), aspirin, beberapa jenis antibiotik, digitalis, teofilin, dsb.
- 3) Penyakit pada hati, pankreas sistem bilier: hepatitis, pankreatitis, kolesistitis kronik.
- 4) Penyakit sistemik: diabetes militus, penyakit tiroid, penyakit jantung koroner.
- 5) Bersifat fungsional: yaitu dispepsia yang terdapat pada kasus yang tidak terbukti adanya kelainan/ gangguan organik/ struktural biokimia. Dikenal sebagai dispepsia fungsional atau dispepsia non ulkus.



c. Klasifikasi dispepsia.

1) Dispepsia organik.

Dispepsia organik meliputi ulkus gaster, ulkus duodenum, gastritis erosif, gastritis, duodenitis dan proses keganasan (Konsensus Nasional Penatalaksanaan Dispepsia dan Infeksi *Helicobacter pylori*, 2014).

a) Gastritis.

Secara sederhana definisi gastritis adalah proses inflamasi pada mukosa dan submukosa lambung (Hirlan, 2009).

b) Gastritis erosif.

Gastritis erosif atau ulserasi duodenum adalah kondisi lambung dimana terjadi erosi atau ulserasi lambung atau duodenum yang telah mencapai sistem pembuluh darah lambung atau duodenum; dapat terjadi secara akut atau kronis (Asih dkk, 1998 dalam priyanto, 2008).

c) Ulkus gaster/ tukak gaster.

Tukak gaster jinak adalah suatu gambaran bulat atau semi bulat/ oval, ukuran >5 mm kedalaman sub mukosal pada mukosa lambung akibat terputusnya kontinuitas/ integritas mukosa lambung. Tukak gaster

merupakan luka terbuka dengan pinggir edema disertai indurasi dengan dasar tukak ditutupi debris (Tarigan, 2009).

d) Ulkus duodenum/ tukak duodenum.

Penyakit tukak peptik yaitu tukak lambung dan tukak duodenum yang secara anatomis didefinisikan sebagai suatu defek mukosa/ sub mukosa yang berbatas tegas dapat menembus muskularis mukosa sampai lapisan serosa sehingga dapat terjadi perforasi (Akil, 2009).

e) Karsinoma.

Contoh karsinoma salah satunya adalah tumor gaster. Tumor gaster terbagi atas dua kelompok yaitu:

(1) Tumor jinak yang terdiri dari **tumor jinak epitel** (adenoma, adenoma hiperplastik, adenoma heterotropik) dan **tumor jinak non epitel** (tumor neurogenik, leiomioma, fibroma, lipoma) yang sering menimbulkan komplikasi berupa ulserasi dan perdarahan.

(2) Tumor ganas **early gastric cancer** yang berdasarkan hasil pemeriksaan radiologi gastroskopi dan pemeriksaan histopatologi dapat dibagi menjadi dua tipe. Tipe I yaitu *protuded type*,

tumor ganas yang menginvasi hanya terbatas pada mukosa dan sub mukosa yang berbentuk polipoid. Bentuknya irreguler, permukaan tidak rata, perdarahan dengan atau tanpa ulserasi. Tipe II yaitu *superficial type* yang dapat dibagi lagi menjadi 3 sub tipe (*elevated type*) tampak sedikit elevasi mukosa lambung, hampir seperti tipe satu. (*flat type*) tidak terlihat elevasi atau depresi pada mukosa dan hanya terlihat pada perubahan warna mukosa lambung. (*excavated type*) menyerupai bormann II/ tumor ganas lanjut dan sering disertai kombinasi. **Advanced gastric cancer** menurut klasifikasi Bormann dapat dibagi atas: Bormann I bentuknya berupa polipoid karsinoma yang sering juga disebut sebagai fungating dan mukosa di sekitar tumor atrofi dan irreguler. Bormann II merupakan *infiltrating carcinomatous ulcer* dengan tepi ulkus serta mukosa sekitarnya menonjol dan disertai nodular. Dasar ulkus terlihat nekrosis dengan warna kecoklatan, keabuan dan merah kehitaman. Mukosa sekitar ulkus tampak sangat hiperemis. Bormann III berupa *infiltrating carcinomatous ulcer*. Ulkusnya mempunyai dinding

dan terlihat adanya infiltrasi progresif dan difus. Bormann IV berupa bentuk difus *infiltrating type*, tidak terlihat batas tegas pada dinding dan infiltrasi difus pada seluruh mukosa (Julius, 2006).

2) Dispepsia non organik.

Penyebab terjadinya dispepsia fungsional menurut Djojoningrat (2009) adalah sebagai berikut :

a) Sekresi asam lambung.

Kasus dengan dispepsia fungsional, umumnya mempunyai tingkat sekresi asam lambung, baik basal maupun dengan stimulasi pentagastrin, yang rata-rata normal. Diduga adanya peningkatan sensitivitas mukosa lambung terhadap asam yang menimbulkan rasa tidak enak di perut.

b) *Helicobacter pylori*.

Peran infeksi *Helicobacter pylori* pada dispepsia fungsional belum sepenuhnya dimengerti dan diterima. Dari berbagai laporan, kekerapan *Helicobacter pylori* pada dispepsia fungsional sekitar 50% dan tidak berbeda bermakna dengan angka kekerapan *Helicobacter pylori* pada kelompok orang sehat. Mulai ada kecenderungan untuk melakukan eradikasi *Helicobacter pylori* pada pasien dispepsia

fungsiional dengan *Helicobacter pylori* positif yang gagal dengan pengobatan konservatif baku.

c) Dismotilitas gastrointestinal.

Berbagai studi melaporkan bahwa pada dispepsia fungsiional terjadi perlambatan pengosongan lambung dan adanya hipomotilitas antrum (sampai 50%), gangguan akomodasi lambung waktu makan, disritmia gaster dan hipersensitivitas viseral. Salah satu dari keadaan ini dapat ditemukan pada setengah sampai dua pertiga kasus dispepsia fungsiional. Perlambatan pengosongan lambung terjadi pada 25-80% kasus dispepsia fungsiional, tetapi tidak ada korelasi antara beratnya keluhan dengan derajat perlambatan pengosongan lambung.

Pemeriksaan manometri antro-duodenal memperlihatkan adanya abnormalitas dalam bentuk post antral hipomotilitas prandial, disamping juga ditemukannya disfungsi motorik usus halus. Perbedaan patofisiologi ini di duga yang mendasari perbedaan pola keluhan dan akan mempengaruhi pola pikir pengobatan yang akan diambil. Pada kasus dispepsia fungsiional yang mengalami

perlambatan pengosongan lambung berkorelasi dengan keluhan mual, muntah, dan rasa penuh di ulu hati. Sedangkan kasus dengan hipersensitivitas terhadap distensi lambung biasanya akan mengeluh nyeri, sendawa dan adanya penurunan berat badan. Rasa cepat kenyang ditemukan pada kasus yang mengalami gangguan akomodasi lambung waktu makan. Pada keadaan normal, waktu makanan masuk lambung terjadi relaksasi fundus dan korpus gaster tanpa meningkatkan tekanan dalam lambung. Dilaporkan bahwa pada penderita dispepsia fungsional terjadi penurunan kemampuan relaksasi fundus post prandial pada 40% kasus. Konsep ini yang mendasari adanya pembagian sub grup dispepsia fungsional menjadi tipe dismotilitas, tipe seperti ulkus, dan tipe campuran.

d) Ambang rangsang persepsi.

Dinding usus mempunyai berbagai reseptor, termasuk reseptor kimiawi, reseptor mekanik dan *nociceptor*. Dalam studi tampaknya kasus dispepsia ini mempunyai hipersensitivitas viseral terhadap distensi balon gaster atau duodenum. Bagaimana mekanismenya, masih belum dipahami. Penelitian

dengan menggunakan balon intragastrik didapatkan hasil bahwa 50% populasi dispepsia fungsional sudah timbul rasa nyeri atau tidak nyaman di perut pada inflasi balon dengan volume yang lebih rendah dibandingkan volume yang menimbulkan rasa nyeri pada populasi kontrol.

e) Disfungsi autonom.

Disfungsi persyarafan vagal diduga berperan dalam hipersensitivitas gastrointestinal pada kasus dispepsia fungsional. Adanya neuropati vagal juga diduga berperan dalam kegagalan relaksasi bagian proksimal lambung waktu menerima makanan, sehingga menimbulkan gangguan akomodasi lambung dan rasa cepat kenyang.

f) Aktifitas mioelektrik lambung.

Adanya disritmia mioelektrik lambung pada pemeriksaan elektrogastrografi berupa takigastria, bradigastria pada kurang lebih 40% kasus dispepsia fungsional, tapi hal ini bersifat inkonsisten.

g) Hormonal.

Peran hormonal belum jelas dalam patogenesis dispepsia fungsional. Dilaporkan adanya penurunan kadar hormon motilin yang menyebabkan

gangguan motilitas antroduodenal. Dalam beberapa percobaan, progesteron, estradiol dan prolaktin mempengaruhi kontraktilitas otot polos dan memperlambat waktu transit gastrointestinal.

h) Diet dan faktor lingkungan.

Adanya intoleransi makanan dilaporkan lebih sering terjadi pada kasus dispepsia fungsional dibandingkan kasus kontrol.

i) Psikologi.

Adanya stress akut dapat mempengaruhi fungsi gastrointestinal dan mencetuskan keluhan pada orang sehat. Dilaporkan adanya penurunan kontraktilitas lambung yang mendahului keluhan mual setelah stimulus stress sentral. Tapi korelasi antara faktor psikologi stress kehidupan, fungsi otonom dan motilitas masih kontroversial. Tidak didapatkan personaliti yang karakteristik untuk kelompok dispepsia fungsional ini dibandingkan kelompok kontrol. Walaupun dilaporkan dalam studi terbatas adanya kecenderungan pada kasus dispepsia fungsional terdapat masa kecil yang tidak bahagia, adanya *sexual abuse*, atau adanya gangguan psikiatrik.



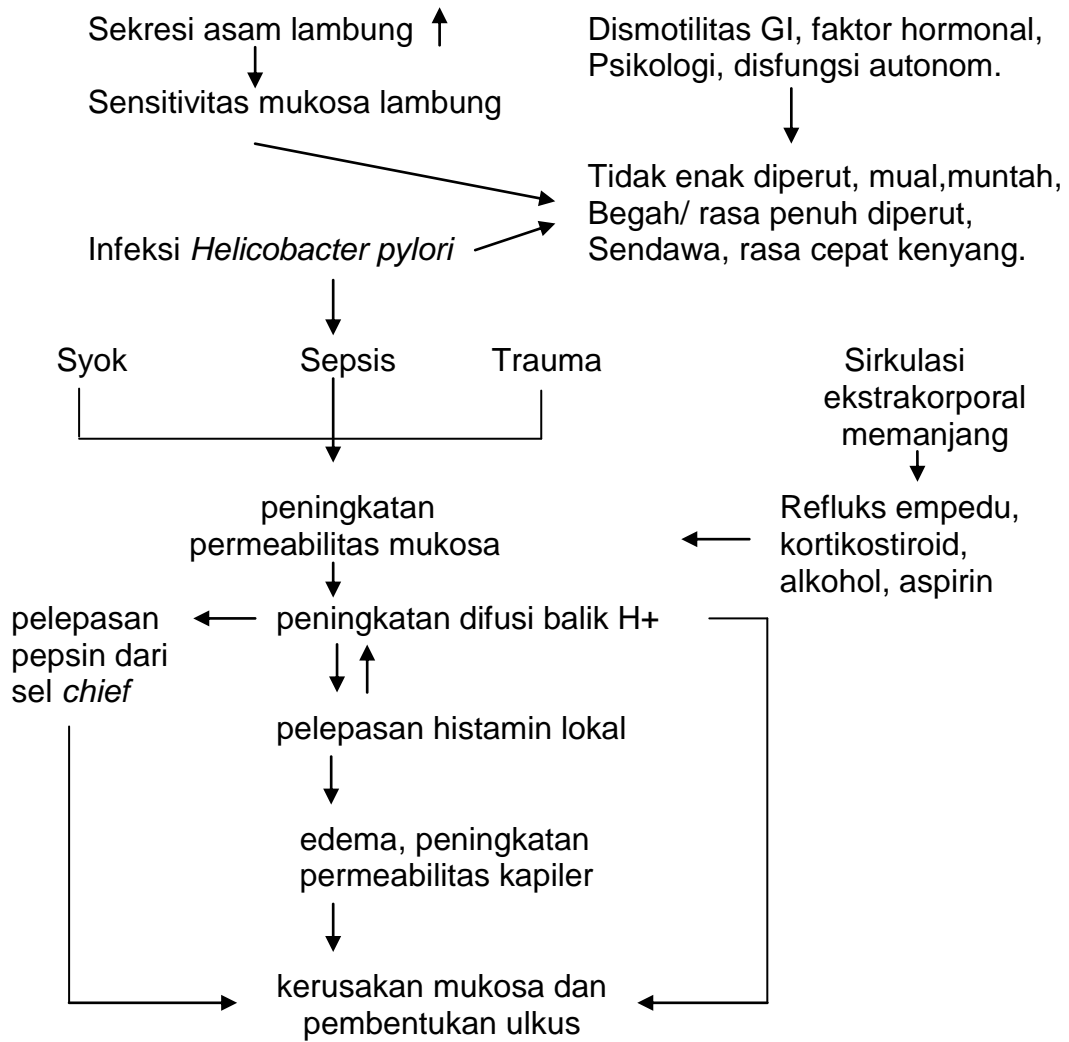
d. Gambaran klinis.

Karena bervariasinya jenis keluhan dan kuantitas/kualitasnya pada setiap pasien dispepsia, maka banyak disarankan untuk mengklasifikasikan dispepsia fungsional menjadi beberapa subgrup didasarkan pada keluhan yang paling mencolok atau dominan. Bila nyeri ulu hati yang dominan dan disertai nyeri pada malam hari dikategorikan sebagai dispepsia fungsional tipe seperti ulkus (*ulcer like dyspepsia*). Bila kembung, mual, cepat kenyang merupakan keluhan yang paling sering dikemukakan, maka dikategorikan sebagai dispepsia fungsional tipe seperti dismotilitas (*dismotility like dyspepsia*). Bila tidak ada keluhan yang bersifat dominan, dikategorikan sebagai dispepsia non-spesifik (Djojoningrat, 2009).

Menurut Mansjoer (2001) dalam Sari (2011) dispepsia dibagi menjadi empat tipe: dispepsia dengan keluhan seperti dispepsia ulkus: nyeri epigastrium, nyeri hilang setelah makan, nyeri saat lapar, nyeri episodik. Dispepsia dengan keluhan dismotilitas: mudah kenyang, perut cepat terasa penuh saat makan, mual, muntah, bengkak abdomen bagian atas, rasa tak nyaman bertambah saat makan. Dispepsia mixed: gejala gabungan antara nyeri ulu hati, mual, kembung, muntah, tapi tidak ada yang dominan. Dispepsia

akut dan kronis: berdasarkan atas jangka waktu tiga bulan, bila terjadi 3 bulan atau kurang maka disebut akut dan lebih 3 bulan disebut kronis.

e. Patogenesis.



Gambar 2.1 Patogenesis *ulkus stres*, Price & Wilson (2005)

Istilah *ulkus stress* digunakan untuk menjelaskan erosi lambung atau duodenum yang terjadi akibat stress psikologis atau fisiologis yang berlangsung lama. Bentuk

stress dapat bermacam-macam, misalnya syok hipotensif setelah trauma dan operasi besar, sepsis, hipoksia, luka bakar hebat (*ulkus curling*) atau trauma serebral (*ulkus cushing*). Setiap pasien sakit berat yang berada pada perawatan intensif rentan untuk mengalami *ulkus stres*.

Mekanisme yang merangsang ulserasi stres pada mukosa lambung masih diperdebatkan dan masih perlu banyak penjelasan. Sebagian besar peneliti setuju bila iskemia mukosa lambung adalah faktor etiologi utama yang menyebabkan terjadinya destruksi sawar mukosa lambung dan berbentuk ulserasi. Meskipun demikian, mekanisme keterkaitan iskemia dengan pembentukan lesi ini masih belum dimengerti sepenuhnya. Pemahaman yang paling mudah, mukosa lambung adalah organ beraktivitas metabolik tinggi yang memerlukan hantaran oksigen dan substrat secara terus-menerus untuk mempertahankan integritas dan kecepatan regenerasi sel yang tinggi. Tanpa adanya aliran darah mukosa lambung yang adekuat, nutrisi ini tidak akan dapat dihantarkan sehingga integritas sel mukosa akan memburuk yang mengakibatkan kematian sel dan terhentinya kemampuan regenerasi sel.

Faktor lain yang turut berperan dalam erosi mukosa adalah asam lambung dalam lambung, refluks empedu dan

penurunan prostaglandin. *Ulkus stres* terjadi pada keadaan hiperasiditas lambung yang meningkat (*ulkus cushing*) maupun pada asiditas lambung yang normal atau menurun (mis, *ulkus curling*), volume asam lambung mungkin bukan kuncinya. Lebih lanjut lagi, kadar asam luminal mungkin merupakan faktor yang lebih penting dalam menentukan bentuk lesi yang akan terbentuk; serupa dengan ulserasi peptikum yang lebih sering terjadi, asam luminal mungkin berperan sebagai fasilitator pH untuk kerja pepsin dalam pencernaan mukosa. *Prostaglandin* terletak dalam mukus lambung dan diketahui memiliki efek protektif pada mukosa. Aspirin dan obat anti inflamasi non steroid lain menyebabkan timbulnya efek utama dengan menghambat enzim, *siklooksigenase*; yang berperan penting dalam sintesis *prostaglandin*; efek antiprostaglandin ini dapat menjelaskan peranan OAINS dalam iritasi mukosa lambung. Ulkus peptikum terjadi pada 10 hingga 30% pasien yang menjalani pengobatan AINS dalam jangka waktu yang lama (Price & Wilson, 2005).

f. Penunjang diagnostik.

Pada dasarnya langkah pemeriksaan penunjang diagnostik adalah untuk mengeksklusikan adanya gangguan organik atau biokimiawi. Pemeriksaan laboratorium (gula

darah, fungsi tiroid, fungsi pankreas, dll), radiologi (barium meal, USG) dan endoskopi merupakan langkah yang paling penting untuk eksklusi adanya penyebab organik atau biokimiawi. Untuk menilai patofisiologinya, dalam rangka mencari dasar terapi yang lebih kausif, berbagai pemeriksaan dapat dilakukan, walaupun aplikasi klinisnya tidak jarang dinilai kontroversi. Misalnya pemeriksaan pH-metri untuk menilai sekresi asam lambung, manometri untuk menilai adanya gangguan fase III (*migrating motor complex*), elektrogastrografi, skinitigrafi atau penggunaan pellet radio radioopak untuk mengukur waktu pengosongan lambung, *Helicobacter pylori* dan sebagainya (Djojoningrat, 2009).

g. Pencegahan.

Menurut Harahap (2007) pencegahan terhadap dispepsia ini adalah :

1) Pencegahan primordial.

Merupakan upaya pencegahan pada orang-orang yang belum memiliki faktor resiko dispepsia, dengan memberikan penyuluhan tentang cara mengenali dan menghindari keadaan/ kebiasaan yang dapat mencetuskan serangan dispepsia, sebagai contoh adalah adanya peraturan yang dibuat oleh pemerintah dengan

membuat peraturan pada kotak rokok akan bahaya dari merokok tersebut terhadap kesehatan.

## 2) Pencegahan primer.

Berperan dalam mengelola dan mencegah timbulnya gangguan akibat dispepsia pada orang yang sudah mempunyai faktor risiko dengan cara membatasi atau menghilangkan kebiasaan-kebiasaan tidak sehat seperti makan tidak teratur, merokok, mengkonsumsi alkohol, minuman bersoda, makanan berlemak, pedas, asam dan menimbulkan gas di lambung. Berat badan perlu dikontrol agar tetap ideal, karena gangguan di saluran pencernaan seperti rasa nyeri di lambung, kembung dan konstipasi lebih umum terjadi pada orang yang mengalami obesitas. Rajin olahraga dan mampu manajemen stress juga akan menurunkan risiko terjadinya dispepsia.

## 3) Pencegahan sekunder.

a) Diet mempunyai peranan yang sangat penting, dasar diet tersebut adalah makan sedikit berulang. Makanan harus mudah dicerna, tidak merangsang peningkatan asam lambung dan bisa menetralkan asam HCL.

b) Obat-obatan untuk mengatasi dispepsia adalah antasida, antagonis reseptor H<sub>2</sub>, penghambat pompa

asam (*proton pump inhibitor= PPI*), sitoprotektif, prokinetik dan kadang dibutuhkan psikoterapi dan psikofarmaka (obat anti depresi dan cemas untuk penderita dengan keluhan yang berhubungan dengan faktor kejiwaan seperti cemas dan depresi.

#### 4) Pencegahan tersier.

Penting sekali untuk para tenaga medis/ psikiater untuk menelusuri kejadian yang menimpa pasien dalam suatu sistem terapi secara terpadu. Dengan rehabilitasi mental melalui konseling diharapkan terjadi progresifitas penyembuhan yang baik setelah faktor stres ditangani.

## 2. Konsep nyeri.

### a. Definisi nyeri.

Menurut *The International Association for the study of pain* (IASP) nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat adanya kerusakan atau ancaman kerusakan jaringan. Berdasarkan definisi tersebut nyeri merupakan suatu gabungan dari komponen objektif (aspek fisiologi sensorik nyeri) dan komponen subjektif (aspek emosional dan psikologis) (Sunaryanto, 2009).

Nyeri merupakan sensasi yang rumit, unik, universal dan bersifat individual. Dikatakan bersifat individual karena

respons individu terhadap sensasi nyeri beragam dan tidak bisa disamakan satu dengan yang lainnya. Diartikan berbeda-beda antar individu, bergantung pada persepsinya. Walaupun demikian, ada satu kesamaan mengenai persepsi nyeri. Secara sederhana, nyeri dapat diartikan sebagai suatu sensasi yang tidak menyenangkan baik secara sensori maupun emosional yang berhubungan dengan adanya suatu kerusakan jaringan atau faktor lain, sehingga individu merasa tersiksa, menderita yang akhirnya akan mengganggu aktivitas sehari-hari, psikis dan lain-lain (Asmadi, 2008:145).

Menurut Mc. Coffery (1979) dalam Hidayat (2012) nyeri sebagai suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang dimana eksistensinya diketahui jika seseorang pernah mengalaminya.

Kelainan nyeri somatoform kelainan utamanya adalah preokupasi dengan lamanya nyeri paling sedikit 6 bulan. Nyeri muncul setelah evaluasi penegasan secara luas tidak adanya penyebab-penyebab patologis, atau nyeri tersebut nyata sekali berlebihan dari apa yang diharapkan dari organ patologi yang dapat diobservasi (Townsend, 1998).



b. Penyebab nyeri.

Penyebab nyeri dapat diklasifikasikan menjadi dua golongan yaitu penyebab yang berhubungan dengan fisik dan yang berhubungan dengan psikis. Secara fisik misalnya, penyebab nyeri adalah trauma (baik trauma mekanik, termis, kimiawi maupun elektrik), neoplasma, peradangan, gangguan sirkulasi darah, dan lain-lain. Secara psikis, penyebab nyeri dapat terjadi karena adanya trauma psikologis. Nyeri yang disebabkan faktor psikologis merupakan nyeri yang dirasakan bukan karena penyebab organik, melainkan akibat trauma psikologis dan pengaruhnya terhadap fisik. Kasus ini dapat dijumpai pada kasus yang termasuk kategori psikosomatik, nyeri karena faktor psikologis ini disebut pula *psychogenic pain* (Asmadi, 2008:145).

c. Klasifikasi nyeri.

Menurut Sunaryanto (2009) ada beberapa klasifikasi dispepsia yaitu:

1) Berdasarkan sumber nyeri.

- a) Nyeri somatik luar: nyeri yang stimulusnya berasal dari kulit, jaringan subkutan dan membran mukosa. Nyeri biasanya dirasakan seperti terbakar, tajam dan terlokalisasi.

- b) Nyeri somatik dalam: nyeri tumpul (dullness) dan tidak terlokalisasi dengan baik akibat rangsangan pada otot rangka, tulang, sendi, jaringan ikat.
- c) Nyeri viseral: nyeri karena perangsangan organ viseral atau membran yang menutupinya (pleura parietalis, perikardium, peritoneum). Nyeri tipe ini dibagi lagi menjadi nyeri viseral terlokalisasi, nyeri parietal terlokalisasi, nyeri alih viseral dan nyeri alih parietal.

2) Klasifikasi yang dikembangkan oleh IASP didasarkan pada lima aksis yaitu:

- a) Aksis I : regio atau lokasi anatomi nyeri.
- b) Aksis II : sistem organ primer di tubuh yang berhubungan dengan timbulnya nyeri.
- c) Aksis III : karakteristik nyeri atau pola timbulnya nyeri (tunggal, reguler, kontinyu).
- d) Aksis IV : awitan terjadinya nyeri.
- e) Aksis V : etiologi nyeri

3) Berdasarkan jenis nyeri.

- a) Nyeri nosiseptif: karena kerusakan jaringan baik somatik maupun viseral. Stimulasi nosiseptor baik secara langsung maupun tidak langsung akan mengakibatkan pengeluaran mediator inflamasi dari

jaringan, sel imun dan ujung saraf sensori dan simpatik.

b) Nyeri neurogenik: nyeri yang didahului atau disebabkan oleh lesi atau disfungsi primer pada sistem saraf perifer. Hal ini disebabkan oleh cedera pada jalur serat serabut saraf, dan terpotongnya saraf perifer. Sensasi yang dirasakan adalah rasa panas dan seperti ditusuk-tusuk dan kadang disertai hilangnya rasa atau adanya rasa tidak enak pada perabaan. Nyeri neurogenik dapat menyebabkan terjadinya *allodynia*. Hal ini mungkin terjadi secara mekanik atau peningkatan sensitivitas dari noradrenalin yang kemudian menghasilkan (*sympathically maintained pain*) SMP. SMP merupakan komponen pada nyeri kronik. Nyeri tipe ini sering menunjukkan respon yang buruk pada pemberian analgetik konvensional.

c) Nyeri Psikogenik: nyeri ini berhubungan dengan adanya gangguan jiwa misalnya cemas dan depresi. Nyeri akan hilang apabila keadaan kejiwaan pasien tenang.

Jenis dan lokasi psikogenik amat beragam tetapi biasanya tidak ada hubungannya dengan makanan.

Awitannya kerap terlihat nyata pada malam hari. Mual dan muntah jarang ditemukan walaupun kadang-kadang pasien melaporkan gejala-gejala ini. Spasme jarang timbul pada otot-otot abdomen jika terjadi, tidak menetap, khususnya jika perhatian pasien dapat dialihkan. Nyeri tekan setempat jarang dan jika ditemukan, kejang otot pada daerah tersebut konsisten dan sering tidak ada. Pembatasan kedalaman pernafasan adalah kelainan pernafasan yang paling umum, tetapi ini berwujud dalam rasa tercekik atau tersedak dan merupakan bagian dari keadaan cemas (Price & Wilson, 2005).

- 4) Berdasarkan timbulnya nyeri.
  - a) Nyeri akut: nyeri yang timbul mendadak dan berlangsung sementara. Nyeri ini ditandai dengan adanya aktifitas saraf otonom seperti: takikardi, hipertensi, hiperhidrosis, pucat dan midriasis dan perubahan wajah: menyeringai atau menangis. Bentuk nyeri akut dapat berupa nyeri somatik luar, nyeri somatik dalam, nyeri viseral.
  - b) Nyeri kronik: nyeri berkepanjangan dapat berbulan-bulan tanpa tanda-tanda aktivitas otonom kecuali sangat akut. Nyeri tersebut dapat berupa nyeri yang

tetap bertahan sesudah penyembuhan luka atau awalnya berupa nyeri akut lalu menetap sampai melebihi 3 bulan. Nyeri ini disebabkan oleh kanker akibat tekanan atau rusaknya serabut saraf, non kanker akibat trauma, proses degenerasi, dll.

5) Berdasarkan derajat nyeri.

a) Nyeri ringan: nyeri yang hilang timbul, terutama saat beraktivitas sehari-hari dan menjelang tidur.

b) Nyeri sedang: nyeri terus-menerus, aktivitas terganggu yang hanya hilang apabila penderita tidur.

c) Nyeri berat: nyeri terus-menerus sepanjang hari, penderita tidak dapat tidur dan sering terjaga akibat nyeri.

d. Patofisiologi nyeri.

Patofisiologi menurut Sunaryanto (2009). Salah satu fungsi sistem saraf yang paling penting adalah menyampaikan informasi tentang ancaman kerusakan tubuh. Saraf yang dapat mendeteksi nyeri tersebut dinamakan *nociception*. *Nociception* termasuk menyampaikan informasi perifer dari reseptor jaringan (*nociseptor*) kepada struktural sentral pada otak. Bila terjadi kerusakan jaringan/ ancaman kerusakan jaringan tubuh, seperti pembedahan akan menghasilkan sel-sel rusak

dengan konsekuensi akan mengeluarkan zat-zat kimia bersifat algesik yang berkumpul sekitarnya dan dapat menimbulkan nyeri. Akan terjadi pelepasan beberapa jenis mediator seperti zat-zat algesik, sitokin serta produk-produk seluler lain, seperti metabolit eicosinoid, radikal bebas dll. Mediator-mediator ini dapat menimbulkan efek melalui mekanisme spesifik. Rangkaian proses perjalanan yang menyertai antara kerusakan jaringan sampai dirasakan nyeri adalah suatu proses elektrofisiologis. Ada 4 proses yang mengikuti suatu proses *nosisepsi* yaitu :

- 1) *Tranduksi*: adalah perubahan rangsang nyeri (*noxious stimuli*) menjadi aktifitas listrik pada ujung-ujung saraf sensoris.
- 2) *Transmisi*: adalah proses perambatan impuls nyeri melalui *A-delta* dan *C* serabut yang menyusul proses *tranduksi*.
- 3) *Modulasi*: merupakan interaksi antara sistem *analgesik endogen* (*endorfin, NA, 5HT*) dengan input nyeri yang masuk ke *kornu posterior*.
- 4) *Persepsi*: impuls yang diteruskan ke korteks sensorik akan mengalami proses yang sangat kompleks, termasuk proses interpretasi dan persepsi yang akhirnya menghasilkan sensibel nyeri.

e. Respon tubuh terhadap stres nyeri.

Menurut Sunaryanto (2009) nyeri akut akan menimbulkan perubahan-perubahan di dalam tubuh. Impuls nyeri oleh serat aferen selain diteruskan ke sel-sel *neuron nosisepsi* di *kornu dorsalis medulla spinalis*, juga akan diteruskan ke sel-sel *neuron* di *kornu anterolateral dan kornu anterior medulla spinalis*. Nyeri akut pada dasarnya berhubungan dengan respon stres sistem *neuroendokrin* yang sesuai dengan intensitas nyeri yang ditimbulkan. Mekanisme timbulnya nyeri melalui serat-saraf aferen diteruskan melalui sel-sel neuron nosisepsi di kornu dorsalis medulla spinalis dan juga diteruskan melalui sel-sel di kornu anterolateral dan kornu anterior medulla spinalis memberikan respon segmental seperti peningkatan *muscle spasme* (hipoventilasi dan penurunan aktivitas). Vasospasme (hipertensi) dan menginhibisi fungsi organ visera (distensi abdomen, gangguan saluran pencernaan, hipoventilasi). Nyeri juga mempengaruhi respon suprasegmental yang meliputi kompleks hormonal, metabolik dan imunologi yang menimbulkan stimulasi yang noxious. Nyeri juga berespon terhadap psikologis pasien seperti interpretasi nyeri, marah dan takut. Nyeri akut baik yang ringan sampai berat akan menimbulkan efek pada tubuh seperti:

1) Sistem respirasi.

Karena pengaruh dari peningkatan laju metabolisme, pengaruh reflek segmental, dan hormon seperti bradikinin dan protaglandin menyebabkan peningkatan kebutuhan oksigen tubuh dan produksi karbondioksida mengharuskan terjadinya peningkatan ventilasi per menit sehingga meningkatkan kerja pernapasan.

2) Sistem kardiovaskuler.

Pembuluh darah akan mengalami vasokonstriksi, terjadi gangguan perfusi, hipoksia jaringan akibat dari efek nyeri akut terhadap kardiovaskuler berupa peningkatan produksi katekolamin, angiotensin II dan anti diuretik hormon (ADH) sehingga mempengaruhi hemodinamik tubuh seperti hipertensi, takikardi dan peningkatan resistensi pembuluh darah secara sistemik.

3) Sistem gastrointestinal.

Perangsangan saraf simpatis meningkatkan tahanan sfinker dan menurunkan motilitas saluran cerna yang menyebabkan ileus. Hipersekresi asam lambung dapat menyebabkan ulkus dan bersamaan dengan motilitas usus, potensial menyebabkan pasien mengalami pnemonia aspirasi. Mual, muntah dan konstipasi sering



terjadi. Distensi abdomen memperberat hilangnya volume paru dan *pulmonary dysfunction*.

4) Sistem urogenital.

Perangsangan saraf simpatis meningkatkan tahanan *sfincter* saluran kemih dan menurunkan motilitas saluran cerna yang menyebabkan retensi urin.

5) Sistem metabolisme dan endokrin.

Kelenjar simpatis menjadi aktif, sehingga terjadi pelepasan ketokolamin. Metabolisme otot jantung meningkat sehingga kebutuhan oksigen juga meningkat. Respon hormonal terhadap nyeri meningkatkan hormon-hormon katabolik seperti katekolamin, kortisol dan glukagon dan menyebabkan penurunan hormon anabolik seperti insulin dan testosteron. Peningkatan kadar katekolamin di dalam darah mempunyai pengaruh pada kerja insulin. Efektifitas insulin menurun, menimbulkan gangguan metabolisme glukosa. Kadar gula darah meningkat. Hal ini mendorong pelepasan glukagon. Glukagon memicu peningkatan proses glukoneogenesis. Pasien yang mengalami nyeri akan menimbulkan keseimbangan negative nitrogen, intoleransi karbohidrat dan meningkatkan lipolisi. Peningkatan hormon kortisol bersamaan dengan peningkatan renin, aldosteron,

angiotensin, dan hormon antidiuretik yang menyebabkan retensi air dan ekspansi sekunder dari ruangan ekstraseluler.

6) Sistem hematologi.

Nyeri menyebabkan peningkatan adhesi platelet, meningkatkan fibrinolisis dan hiperkoagulopati.

7) Sistem imunitas.

Nyeri merangsang produksi leukosit dengan limfopenia dan nyeri dapat mendepresi sistem retikuloendotelial, yang akhirnya menyebabkan pasien resiko atau menjadi mudah terinfeksi.

8) Efek psikologis.

Reaksi yang umum terjadi pada nyeri akut berupa kecemasan, ketakutan, agitasi dan dapat menyebabkan gangguan tidur. Jika nyeri berkepanjangan dapat menyebabkan depresi.

9) Homeostatis cairan dan elektrolit.

Efek yang ditimbulkan akibat dari peningkatan pelepasan hormon aldosteron berupa retensi natrium. Efek akibat peningkatan produksi ADH berupa retensi cairan dan penurunan produksi urine. Hormon katekolamin dan kortisol menyebabkan berkurangnya kalium magnesium dan elektrolit lainnya.

f. Pengkajian nyeri.

Dalam Hidayat (2012) pengkajian pada masalah nyeri, diantaranya: pengkajian terhadap riwayat nyeri, keluhan nyeri seperti lokasi nyeri, intensitas nyeri, kualitas nyeri, waktu serangan dengan pengkajian PQRST yaitu P (pemicu) yakni faktor yang mempengaruhi gawat dan ringannya nyeri, Q (kualitas) seperti apakah tajam, tumpul atau merobek, R (*regio* atau daerah) daerah perjalanannya, S (*severity*) atau keganasan atau intensitasnya, T (*time*) waktu serangan lamanya, frekuensinya dan untuk mengetahui intensitas dengan menanyakan kepada pasien melalui skala nyeri.

Dalam Wardana, 2011 dikarenakan nyeri merupakan pengalaman interpersonal, perawat harus menanyakan secara langsung kepada klien, karakteristik nyeri itu sendiri terdiri dari:

- 1) Lokasi: pengkajian lokasi nyeri mencakup dua dimensi:
  - a) Tingkat nyeri, nyeri dalam atau superfisial.
  - b) Posisi atau lokasi nyeri.

Nyeri superficial biasanya dapat secara akurat ditunjukkan oleh klien, sedangkan nyeri yang timbul dari bagian dalam (viseral) lebih dirasakan secara umum. Nyeri dapat pula dijelaskan menjadi empat

kategori yang berhubungan dengan lokasi nyeri diantaranya: Nyeri terlokalisir yaitu nyeri dapat jelas terlihat pada area asalnya. Nyeri terproyeksi yaitu nyeri sepanjang saraf atau serabut saraf spesifik. Nyeri radiasi yaitu penyebaran nyeri sepanjang area asal yang tidak dapat terlokalisir. Nyeri alih yaitu nyeri dipersepsikan pada area yang jauh dari area rangsang nyeri.

2) Intensitas.

Beberapa faktor yang mempengaruhi nyeri yaitu distraksi atau konsentrasi dari klien pada suatu kejadian, suatu kesadaran klien, nyeri dapat berupa: nyeri ringan, sedang, berat atau tak tertahankan, perubahan intensitas nyeri dapat menandakan adanya perubahan kondisi patologis dari klien.

3) Waktu dan lama (*time and duration*).

Perawat perlu mengetahui/ mencatat kapan nyeri mulai timbul, berapa lama, bagaimana timbulnya, interval tanpa nyeri dan kapan nyeri terakhir timbul.

4) Kualitas.

Anjurkan pasien menggunakan bahasa yang dia ketahui: nyeri kepala mungkin dikatakan “ada membentur

kepalanya”, nyeri abdominal yang dikatakan “seperti teriris pisau”.

5) Perilaku non verbal.

Beberapa perilaku non verbal yang dapat kita amati antara lain: ekspresi wajah, gemeretak gigi, mengigit bibir bawah dan lain-lain.

6) Faktor presipitasi.

Beberapa faktor presipitasi yang akan meningkatkan nyeri seperti lingkungan, suhu ekstrim, kegiatan yang tiba-tiba, stressor fisik, emosi.

g. Penatalaksanaan nyeri.

Menurut Muttaqin (2008) strategi penatalaksanaan nyeri terdiri dari atas intervensi yang bersifat independen atau non farmakologi dan intervensi kolaboratif atau pendekatan farmakologi. Pendekatan ini diseleksi berdasarkan kebutuhan dan tujuan klien secara individu.

1) Intervensi nyeri independen atau non farmakologi.

a) Pengaturan posisi: istirahat, atur posisi fisiologis, atur posisi dengan fiksasi atau imobilisasi.

b) Teknik relaksasi: relaksasi otot skeletal, relaksasi napas abdomen dengan frekuensi lambat dan berirama.

- c) Manajemen sentuhan: stimulasi massase distraksi, massase perikutaneus, sentuhan terapeutik.
  - d) Distraksi: alih fokus perhatian, dukungan orang tua atau orang terdekat.
  - e) Manajemen lingkungan: lingkungan tenang, lingkungan tidak panas, lingkungan dengan privasi terkontrol.
  - f) Dukungan perilaku.
  - g) Imajinasi terbimbing.
- 2) Intervensi nyeri kolaboratif.
- a) Analgesik dengan rute parenteral, rute oral, rute rektal, rute transdermal, rute intraspinal.

h. Pengukuran intensitas nyeri

Dalam Sunaryanto (2009) ada beberapa metode yang umumnya digunakan untuk menilai intensitas nyeri antara lain:

1) *Verbal rating scale (VRSs)*.

Metode ini menggunakan suatu *word list* untuk mendiskripsikan nyeri yang dirasakan. Pasien disuruh memilih kata-kata atau kalimat yang menggambarkan karakteristik nyeri yang dirasakan dari *word list* yang ada. Metode ini dapat digunakan dari saat pertama kali

muncul sampai tahap penyembuhan. Penilaian ini menjadi beberapa kategori nyeri yaitu:

- a) Tidak nyeri (*none*).
- b) Nyeri ringan (*mild*).
- c) Nyeri sedang (*moderate*).
- d) Nyeri berat (*severe*).
- e) Nyeri sangat berat (*very severe*).

## 2) *Numerical rating scale (NRSs)*.

Metode ini menggunakan angka-angka untuk menggambarkan range dari intensitas nyeri. Umumnya pasien akan menggambarkan intensitas nyeri yang dirasakan dari angka 0-10. "0" menggambarkan tidak ada nyeri sedangkan "10" menggambarkan nyeri yang hebat.

## 3) *Visual analog scale (VAS)*.

Skala analog visual (Visual Analog Scale), VAS) tidak melebel subdivisi, VAS adalah suatu garis lurus, yang mewakili intensitas nyeri yang terus-menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Skala ini memberi klien kebebasan penuh untuk mengidentifikasi keparahan nyeri. VAS dapat merupakan pengukuran keparahan nyeri yang lebih sensitif karena klien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian dari pada dipaksa memilih satu kata atau satu angka (Wardana,

2011). Skala ini tidak dapat digunakan pada anak-anak dibawah 8 tahun dan mungkin sukar diterapkan jika pasien sedang berada dalam nyeri hebat. Interpretasi garis lurus yang mewakili intensitas nyeri menurut Wardana (2011).

(1) 0 : tidak nyeri.

(2) 1-3 : nyeri ringan, secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik.

(3) 4-6 : nyeri sedang, secara obyektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik.

(4) 7-9 : nyeri hebat, secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi, napas panjang dan distraksi.

(5) 10 : nyeri sangat hebat, pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi.

### 3. Konsep status emosional.

Status emosional alam perasaan (mood) adalah perpanjangan keadaan emosional yang mempengaruhi seluruh



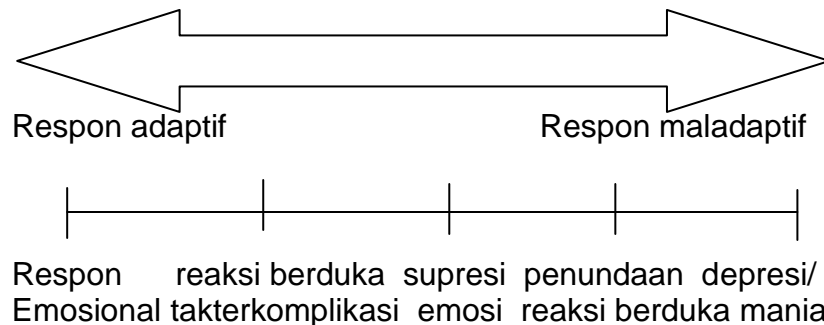
kepribadian dan fungsi kehidupan seseorang. Alam perasaan ini meliputi emosi seseorang yang kuat dan menyebar dan mempunyai arti yang sama dengan afek, keadaan perasaan, dan emosi (Stuart, 2006). Depresi, cemas dan stress merupakan keadaan emosional yang sering dialami oleh beberapa orang.

a. Depresi.

1) Definisi depresi.

Depresi atau *melankolia* adalah suatu kesedihan dan perasaan duka yang berkepanjangan atau abnormal (Stuart, 2006).

2) Rentang respon emosional.



Gambar 2.2 Rentang respon emosional. Sumber: Stuart (2006).

Keterangan:

- a) Respon emosional termasuk dipengaruhi oleh dan berperan aktif dalam dunia internal dan eksternal

seseorang. Tersirat bahwa orang tersebut terbuka dan sadar akan perasaannya sendiri.

- b) Reaksi berduka tak terkomplikasi terjadi sebagai respon terhadap kehilangan dan tersirat bahwa seseorang sedang menghadapi suatu kehilangan yang nyata serta terbenam dalam proses berdukanya.
- c) Supresi emosi mungkin tampak sebagai penyangkalan (*denial*) terhadap perasaan sendiri, terlepas dari perasaan tersebut atau internalisasi terhadap semua aspek dari dunia afektif seseorang.
- d) Penundaan reaksi berduka adalah ketiadaan yang persisten respons emosional terhadap kehilangan. Ini dapat terjadi pada awal proses berkabung, dan menjadi nyata pada proses berduka, atau keduanya. Penundaan dan penolakan proses berduka kadang terjadi bertahun-tahun.
- e) Depresi adalah suatu kesedihan dan perasaan duka yang berkepanjangan atau abnormal. Dapat digunakan untuk menunjukkan berbagai fenomena, seperti tanda, gejala, sindroma, keadaan emosional, reaksi, penyakit.
- f) Mania ditandai dengan alam perasaan yang meningkat, bersemangat atau mudah terganggu.

*Hipomania* digunakan untuk menggambarkan sindrom klinis serupa, tetapi tidak separah *mania* atau *episode panik*.

3) Stresor pencetus.

Menurut Stuart (2006) ada empat sumber utama stresor yang dapat mencetuskan gangguan alam perasaan:

- a) Kehilangan keterikatan, yang nyata atau yang dibayangkan, termasuk kehilangan cinta, seseorang, fungsi fisik, kedudukan atau harga diri. Karena elemen aktual dan simbolis terdapat pada konsep kehilangan, persepsi pasien merupakan hal yang sangat penting.
- b) Peristiwa besar dalam kehidupan sering dilaporkan sebagai pendahuluuan episode depresi dan mempengaruhi masalah-masalah individu saat ini dan kemampuan menyelesaikan masalah.
- c) Ketegangan peran mempengaruhi perkembangan depresi, terutama pada wanita.
- d) Perubahan fisiologis yang diakibatkan oleh obat-obatan atau berbagai penyakit fisik (seperti infeksi, neoplasma, ketidakseimbangan metabolik) dapat mencetuskan gangguan alam perasaan. Bermacam-

macam obat antihipertensi dan penyalahgunaan zat adiktif adalah faktor pencetus yang lazim. Kebanyakan penyakit kronik yang melemahkan tubuh juga sering disertai depresi. Depresi yang dialami oleh lansia biasanya bersifat kompleks karena untuk menegakkan diagnosisnya sering melibatkan evaluasi kerusakan otak organik dan depresi klinis.

#### 4) Faktor risiko depresi.

Menurut Stuart (2006) sumber coping meliputi status sosio ekonomi, keluarga, jaringan interpersonal dan organisasi sekunder yang dinaungi oleh lingkungan sosial yang lebih luas. Kurangnya sumber personal tersebut menambah stres bagi individu. Berikut faktor risiko depresi:

- a) Episode depresi sebelumnya.
- b) Riwayat keluarga tentang depresi.
- c) Percobaan bunuh diri sebelumnya.
- d) Jenis kelamin wanita.
- e) Usia awitan depresi < 40 tahun.
- f) Masa pascapartum.
- g) Komorbiditas medis.
- h) Kurang dukungan sosial.
- i) Peristiwa kehidupan yang penuh stres.

j) Riwayat personal tentang penganiyaan seksual.

k) Penyalahgunaan zat saat ini.

5) Penilaian stressor.

Menurut Stuart (2006) depresi disebabkan oleh interaksi variabel-variabel pada tingkat kimiawi, pengalaman dan perilaku. Bentuk spesifik penyakit bergantung pada faktor berikut:

a) Kerentanan genetik.

b) Peristiwa perkembangan.

c) Stressor fisiologis.

d) Stressor psikososial.

Pengaruh interaksi ini menekankan pentingnya penilaian individu terhadap situasi hidup yang dialaminya dan stressor terkait.

6) Faktor predisposisi.

Menurut Stuart (2006) berbagai teori telah diajukan untuk menjelaskan gangguan alam perasaan yang parah. Teori dan model berikut ini menunjukkan rentang faktor-faktor penyebab yang mungkin bekerja sendiri atau dalam kombinasi.

a) Faktor genetik dianggap mempengaruhi transmisi gangguan afektif melalui riwayat keluarga dan keturunan.

- b) Teori agresi yang ditujukan kepada diri menunjukkan bahwa depresi terjadi karena perasaan marah yang ditujukan kepada diri sendiri.
- c) Teori kehilangan objek merujuk kepada perpisahan traumatik individu dengan benda yang sangat berarti.
- d) Teori organisasi kepribadian menguraikan bagaimana konsep diri yang negatif dan harga diri rendah mempengaruhi sistem keyakinan dan penilaian seseorang terhadap stresor.
- e) Model kognitif menyatakan bahwa depresi merupakan masalah kognitif yang didominasi oleh evaluasi negatif seseorang terhadap diri sendiri, dunia dan masa depan diri sendiri.
- f) Model ketidakberdayaan yang dipelajari menunjukkan bahwa bukan semata-mata trauma yang menyebabkan depresi, tetapi keyakinan bahwa seseorang tidak mempunyai kendali terhadap hasil yang penting dalam kehidupannya; oleh karena itu, ia berhenti melakukan respons yang adaptif.
- g) Model perilaku berkembang dari kerangka teori belajar sosial, yang mengasumsi penyebab depresi, termasuk defisiensi katekolamin, disfungsi endokrin,

hipersekreksi kortisol, disregulasi neurotransmitter dan variasi periodik dalam irama biologis.

b. Ansietas.

1) Definisi ansietas.

Ansietas adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki objek yang spesifik. Ansietas dialami secara subjektif dan dikomunikasikan secara interpersonal. Ansietas berbeda dengan rasa takut yang merupakan penilaian intelektual terhadap bahaya. Ansietas adalah respons emosional terhadap penilaian tersebut (Stuart, 2006).

2) Tingkatan ansietas.

Menurut Stuart (2006) tingkatan ansietas adalah sebagai berikut:

a) Ansietas ringan: berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari; ansietas ini menyebabkan individu menjadi waspada dan meningkatkan lapang persepsinya. Ansietas ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan serta kreativitas.

b) Ansietas sedang: memungkinkan individu untuk berfokus pada hal yang penting dan

mengesampingkan yang lain. Ansietas ini mempersempit lapang persepsi individu. Dengan demikian, individu mengalami tidak perhatian yang selektif namun dapat berfokus pada lebih banyak area jika diarahkan untuk melakukannya.

- c) Ansietas berat: sangat mengurangi persepsi lapang individu. Individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Individu tersebut memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area lain.
- d) Tingkat panik dari ansietas: berhubungan dengan terperangah, ketakutan, dan teror. Hal yang rinci terpecah dari proporsinya. Karena mengalami kehilangan kendali, individu yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan. Panik mencakup disorganisasi kepribadian dan menimbulkan peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, dan kehilangan pemikiran yang rasional. Tingkat ansietas ini tidak sejalan dengan kehidupan; jika berlangsung



terus dalam waktu lama, dapat terjadi kelelahan dan kematian.

### 3) Stresor pencetus.

Menurut Stuart (2006) stresor pencetus dapat berasal dari sumber internal dan eksternal. Stresor pencetus dapat dikelompokkan dalam 2 kategori:

- a) Ancaman terhadap integritas fisik meliputi disabilitas fisiologi yang akan terjadi atau penurunan kemampuan untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari.
- b) Ancaman terhadap sistem diri dapat membahayakan identitas, harga diri dan fungsi sosial yang terintegritas pada individu.

### 4) Faktor predisposisi ansietas.

Menurut Stuart (2006) berbagai teori telah dikembangkan untuk menjelaskan asal ansietas.

- a) Dalam pandangan psikoanalisis, ansietas adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian; id dan superego.
- b) Menurut pandangan interpersonal, ansietas timbul dari perasaan takut terhadap ketidaksetujuan dan penolakan interpersonal. Ansietas juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan

dan kehilangan, yang menimbulkan kerentanan tertentu.

- c) Menurut pandangan perilaku, ansietas merupakan produk frustrasi yang segala sesuatu yang mengganggu kemampuan individu untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Ahli teori konflik memandang ansietas sebagai pertentangan antara dua kepentingan yang berlawanan.
- d) Kajian keluarga menunjukkan bahwa gangguan ansietas biasanya terjadi dalam keluarga. Gangguan ansietas juga tumpang tindih antara gangguan ansietas dengan depresi.
- e) Kajian biologis menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus untuk benzodizepin, obat-obatan yang meningkatkan *neuroregulator inhibisi asam gama-aminobutirat* (GABA), yang berperan penting pada mekanisme biologis yang berhubungan dengan ansietas. Selain itu, kesehatan umum individu dan riwayat ansietas pada keluarga memiliki efek nyata sebagai predisposisi ansietas.

#### 5) Mekanisme Koping.

Ketika mengalami ansietas, menurut Stuart (2006) individu menggunakan berbagai mekanisme koping untuk

mencoba mengatasinya; ketidakmampuan untuk mengatasi ansietas secara konstruktif merupakan penyebab utama terjadinya perilaku patologis. Pola yang biasanya digunakan individu untuk mengatasi ansietas ringan cenderung dominan ketika ansietas menjadi lebih intens. Ansietas ringan sering ditanggulangi tanpa pemikiran yang sadar. Ansietas sedang dan berat menimbulkan dua jenis mekanisme koping:

- a) reaksi yang berorientasi pada tugas yaitu upaya yang disadari dan berorientasi pada tindakan untuk memenuhi tuntutan situasi stres secara realistis. Perilaku menyerang digunakan untuk menghilangkan atau mengatasi hambatan pemenuhan kebutuhan. Perilaku menarik diri digunakan untuk menjauhkan diri dari sumber ancaman, baik secara fisik maupun psikologis. Perilaku kompromi digunakan untuk mengubah cara yang biasa dilakukan individu, mengganti tujuan, atau mengorbankan aspek kebutuhan personal.
- b) Mekanisme pertahanan ego membantu mengatasi ansietas ringan dan sedang. Tetapi karena mekanisme tersebut berlangsung secara relatif pada tingkat tidak sadar dan mencakup penipuan diri dan

distorsi realitas, mekanisme ini menjadi respons maladaptif terhadap stres.

6) Respon fisiologis terhadap ansietas.

Ansietas dapat diekspresikan secara langsung melalui perubahan fisiologis dan perilaku dan secara tidak langsung melalui timbulnya gejala atau mekanisme koping sebagai upaya untuk melawan ansietas. Menurut Stuart (2006) berikut respon fisiologis tubuh terhadap stres:

- a) Kardiovaskuler: palpitasi, jantung berdebar, tekanan darah meningkat, rasa ingin pingsan, pingsan, tekanan darah menurun, denyut nadi menurun.
- b) Pernapasan: napas cepat, sesak napas, tekanan pada dada, napas dangkal, pembengkakan pada tenggorokan, sensasi tercekik, terengah-engah.
- c) Neuromuskular: refleks meningkat, reaksi terkejut, mata berkedip-kedip, insomnia, tremor, rigiditas, gelisah, mondar-mandir, wajah tegang, kelelahan umum, tungkai lemah, gerakan yang janggal.
- d) Gastrointestinal: kehilangan nafsu makan, menolak makan, rasa tidak nyaman pada abdomen, nyeri abdomen, mual, nyeri ulu hati, diare.

- e) Saluran perkemihan: tidak dapat menahan kencing, sering berkemih.
- f) Kulit: wajah kemerahan, berkeringat setempat (telapak tangan), gatal, rasa panas dan dingin pada kulit, wajah pucat, berkeringat seluruh tubuh.

c. Stress.

1) Definisi stres.

Stres adalah stimulus atau situasi yang menimbulkan distress dan menciptakan tuntutan fisik dan psikis pada seseorang. Stres membutuhkan coping dan adaptasi. Sindroma adaptasi umum atau teori Selye, menggambarkan stres sebagai kerusakan yang terjadi pada tubuh tanpa memedulikan apakah penyebab stres tersebut positif atau negatif. Respon tubuh dapat diprediksi tanpa memperhatikan stressor atau penyebab tertentu (Isaacs, 2004).

Grenberg (1984, dalam Yosep 2007) menyebutkan stres sebagai reaksi fisik, mental dan kimiawi dari tubuh terhadap situasi yang menakutkan, mengejutkan, membingungkan, membahayakan dan merisaukan seseorang.

Menurut Dadang Hawari dalam Yosep (2007) istilah stres dan depresi seringkali tidak dapat dipisahkan satu

dengan yang lainnya. Setiap permasalahan kehidupan yang menimpa pada diri seseorang (stresor psikososial) dapat mengakibatkan gangguan fungsi/ faal organ tubuh. Reaksi tubuh (fisik) ini dinamakan stres; manakala fungsi organ-organ tubuh itu sampai terganggu dinamakan distress. Sedangkan depresi adalah reaksi kejiwaan seseorang terhadap stres yang dialaminya. Oleh karena dalam diri manusia itu antara fisik dan psikis (kejiwaan) itu tidak dapat dipisahkan satu dengan lainnya (saling mempengaruhi).

## 2) Penyebab stres dan stresor psikososial.

Menurut Yosep (2007) stresor psikososial adalah setiap keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang (anak, remaja atau dewasa), sehingga orang itu terpaksa mengadakan adaptasi atau menanggulangi stresor yang timbul. Namun tidak semua mampu mengadakan adaptasi dan mampu menanggulangnya, sehingga timbullah keluhan-keluhan kejiwaan, antara lain depresi. Pada umumnya jenis stresor psikososial dapat digolongkan sebagai berikut:

a) Perkawinan.

Berbagai masalah perkawinan merupakan sumber stres yang dialami seseorang; misalnya pertengkaran, perpisahan (*separation*), perceraian, kematian salah satu pasangan, ketidaksetiaan, dan lain sebagainya. Stresor perkawinan ini dapat menyebabkan seseorang jatuh dalam depresi dan kecemasan.

b) Problema orang tua.

Permasalahan yang dihadapi orang tua, misalnya tidak punya anak, kebanyakan anak, kenakalan anak, anak sakit; hubungan yang tidak baik dengan mertua, ipar, besan dan lain sebagainya. Permasalahan tersebut diatas merupakan sumber stres yang pada gilirannya seseorang dapat jatuh dalam depresi dan kecemasan.

c) Hubungan interpersonal (antar pribadi).

Gangguan ini dapat berupa hubungan dengan kawan dekat yang mengalami konflik, konflik dengan kekasih, antar atasan dan bawahan dan lain sebagainya.

d) Pekerjaan.

Masalah pekerjaan merupakan sumber stres kedua setelah masalah perkawinan. Banyak orang menderita depresi dan kecemasan karena masalah pekerjaan ini, misalnya pekerjaan tidak cocok, mutasi, jabatan, kenaikan pangkat, pensiun, kehilangan pekerjaan (PHK), dan lain sebagainya.

e) Lingkungan hidup.

Kondisi lingkungan yang buruk besar pengaruhnya bagi kesehatan seseorang, misalnya soal perumahan, pindah tempat tempat tinggal, penggusuran, hidup dalam lingkungan yang rawan kriminalitas, dan lain sebagainya. Rasa tercekam dan tidak aman ini amat mengganggu ketenangan dan ketentraman hidup.

f) Keuangan.

Masalah keuangan (kondisi sosial-ekonomi) yang tidak sehat, misalnya pendapatan jauh lebih rendah dibandingkan pengeluaran, terlibat hutang, kebangkrutan usaha, soal warisan, dan lain sebagai. Problema keuangan amat berpengaruh pada kesehatan jiwa seseorang dan seringkali masalah



keuangan ini merupakan faktor yang membuat seseorang jatuh dalam depresi dan kecemasan.

g) Hukum.

Keterlibatan seseorang dalam masalah hukum dapat merupakan sumber stres pula, misalnya tuntutan hukum, pengadilan, penjara dan lain sebagainya.

h) Perkembangan.

Yang dimaksud disini adalah masalah perkembangan baik fisik maupun mental seseorang, misalnya masa remaja, dewasa, menopause, usia lanjut dan lain sebagainya. Kondisi setiap perubahan fase-fase tersebut diatas, untuk sebagian individu dapat menyebabkan depresi dan kecemasan terutama bagi mereka yang mengalami menopause atau usia lanjut.

i) Penyakit fisik atau cedera.

Sumber stres yang dapat menimbulkan depresi dan kecemasan disini antara lain: penyakit, kecelakaan, operasi/ pembedahan, aborsi dan lain sebagainya. Dalam hal ini penyakit yang banyak menimbulkan depresi dan kecemasan adalah penyakit kronis, jantung, kanker dan sebagainya.

j) Faktor keluarga.

Yang dimaksud disini adalah faktor stres yang dialami anak dan remaja yang disebabkan karena kondisi keluarga yang tidak baik (yaitu sikap orang tua) misalnya:

- (1) Hubungan kedua orang tua yang dingin atau penuh ketegangan atau acuh tak acuh.
- (2) Kedua orang tua jarang di rumah dan tidak ada waktu untuk bersama dengan anak-anak.
- (3) Komunikasi antara orang tua dan anak yang tidak baik.
- (4) Kedua orang tua berpisah atau bercerai.
- (5) Salah satu orang tua menderita gangguan jiwa/kepribadian.
- (6) Orang tua dalam mendidik anak-anak kurang sabar, pemarah, keras, otoriter dan lain sebagainya.

k) Lain-lain.

Stressor kehidupan lainnya juga dapat menimbulkan depresi dan kecemasan adalah antara lain: bencana alam, kebakaran, perkosaan, kehamilan diluar nikah, dan lain sebagainya.

### 3) Respon psikofisiologis.

Hans Selye dalam Stuart (2006) menguraikan sindrom adaptasi umum, yang terdiri dari tiga tahap proses berespon terhadap stres.

- a) Reaksi alarm: respon langsung terhadap stresor yang belum disingkirkan. Mekanisme respons adrenokortikal digerakkan sehingga menimbulkan perilaku yang berkaitan dengan respon menyerang atau menghindar (*fight or flight*).
- b) Tahap resistens: pada tahap ini terjadi beberapa resistens terhadap stresor. Tubuh beradaptasi pada tingkat fungsi yang rendah sehingga memerlukan pengeluaran energi yang lebih besar dari biasanya untuk dapat bertahan hidup.
- c) Tahap kelelahan: mekanisme adaptif menjadi melemah dan gagal pada tahap ini. Akibat negatif dari stresor menyebar keseluruh organisme. Apabila stresor tidak dihilangkan atau dilawan, dapat terjadi kematian.

Komponen Respon "*Fight or Flight*" terhadap sistem tubuh menurut Isaacs (2004):

- (1) Hipotalamus: stimulasi sistem saraf simpatik (SSS).

- (2) Sistem Saraf Simpatik (SSS): stimulasi medulla adrenal.
- (3) Medulla adrenal: melepaskan epinefrin dan norepinefrin.
- (4) Mata: dilatasi pupil.
- (5) Kelenjar air mata: meningkatkan sekresi air mata.
- (6) Sistem pernapasan: dilatasi bronkiolus dan pembuluh darah pulmonar; meningkatkan frekuensi pernapasan.
- (7) Sistem kardiovaskuler: meningkatkan kekuatan kontraksi jantung, meningkatkan curah jantung, meningkatkan denyut jantung, meningkatkan tekanan darah.
- (8) Sistem gastrointestinal: menurunkan motilitas gastrik (lambung dan usus), menurunkan sekresi, kontraksi sfinkter.
- (9) Liver: glikogenolisis (pemecahan glukosa) dan glukoneogenesis (meningkatkan pembentukan glukosa dari zat tubuh lainnya), menurunkan sintesis glikogen.

- (10) Traktus urinarius: meningkatkan motilitas ureter, kontraksi otot kandung kemih, merilekskan sfingter kandung kemih.
- (11) Kelenjar keringat: meningkatkan sekresi.
- (12) Sel-sel: lipolisi.

Secara fisiologis perilaku utama yang diamati pada respons psikofisiologis adalah gejala fisik. Gejala ini menyebabkan individu meminta bantuan perawatan kesehatan. Faktor psikologis yang mempengaruhi kondisi fisik dapat mengenai setiap bagian tubuh.

Secara Psikologis beberapa orang mengalami gejala fisik tanpa kerusakan organik. Gangguan somatoform ini mencakup hal-hal sebagai berikut:

- (1) Gangguan somatisasi, yaitu seseorang mengalami banyak keluhan fisik.
- (2) Gangguan konversi, yaitu seseorang mengalami kehilangan atau perubahan fungsi fisik.
- (3) Hipokondriasis, yaitu seseorang merasa takut atau meyakini bahwa ia menderita sakit.
- (4) Gangguan dismorfik tubuh, yaitu seseorang dengan penampilan normal merasa mengalami cacat fisik.

(5) Gangguan nyeri, didalamnya faktor psikologis memainkan peran penting dalam awitan, keparahan, atau tetap adanya nyeri.

Nyeri semakin dikenal lebih dari fenomena sensori; nyeri merupakan sensori kompleks dan pengalaman emosional yang mendasari penyakit yang potensial. Nyeri dipengaruhi oleh proses perilaku, kognitif, motivasi, dan budaya sehingga memerlukan pengkajian yang berpengalaman dan penanganan berbagai bidang untuk mengendalikannya. Nyeri kronis adalah nyeri yang terjadi sedikitnya selama 6 bulan. Gangguan nyeri somatoform adalah preokupasi nyeri tanpa adanya penyakit fisik yang menyebabkan intensitas nyeri. Nyeri ini tidak mengikuti penyebaran neuroanatomis. Mungkin ada hubungan yang erat antara stres dan konflik dengan munculnya nyeri atau eksaserba nyeri (Stuart, 2006).

#### 4) Tanda dan gejala stres.

Menurut Cooper dan Straw (1993) dalam Qamariah (2014) banyak gejala stres yang menjelma dalam wujud perilaku yang mencakup:

a) Perasaan.

- (1) Perasaan bingung.
- (2) Perasaan jengkel.
- (3) Perasaan salah paham.
- (4) Tidak berdaya.
- (5) Tidak mampu berbuat apa-apa.
- (6) Gelisah.
- (7) Gagal.
- (8) Merasa tidak menarik.
- (9) Kehilangan semangat.

Dan menurut Davis (1981) dalam Qamariah (2014) mengelompokkan indikasi stres dan tanda-tanda seseorang yang terkena stres sebagai berikut:

b) Perasaan (*feelling*) meliputi:

- (1) Merasa khawatir, cemas, atau gelisah.
- (2) Merasa ketakutan atau ciut hati.
- (3) Merasa mudah marah.
- (4) Merasa mudah murung.
- (5) Merasa tidak mampu menanggulangi.

c) Pikiran (*thought*) meliputi:

- (1) Penghargaan atas dirinya rendah.
- (2) Takut gagal.
- (3) Tidak mampu berkonsentrasi.

(4) Mudah lupa.

(5) Emosi tidak stabil.

d) Perilaku (*behavior*) meliputi:

(1) Tidak mampu rileks.

(2) Menangis tanpa alasan.

(3) Bertindak menurut kata hati.

(4) Nafsu merokok meningkat.

(5) Kehilangan nafsu makan atau selera makan meningkat.

5) Klasifikasi stres.

a) Menurut penyebabnya.

Ditinjau dari penyebab stres, menurut Kusmiati dan Desminiarti yang dikutip oleh Sunaryo (2004) dalam Qamariah (2014), penyebab stres dapat digolongkan sebagai berikut:

(1) Stres fisik: disebabkan suhu atau temperatur yang terlalu tinggi atau rendah, suara amat bising, sinar yang terlalu terang atau tersengat arus listrik.

(2) Stres kimiawi: disebabkan oleh asam-basa kuat, obat-obatan, zat beracun, hormon atau gas.

(3) Stres mikrobiologi: disebabkan oleh gangguan struktur, fungsi jaringan, organ atau sistemik sehingga menimbulkan fungsi tubuh tidak normal.



(4) Stres dalam proses pertumbuhan dan perkembangan: disebabkan oleh gangguan pertumbuhan dan perkembangan pada masa bayi hingga tua.

(5) Stres psikis/ emosional: disebabkan oleh gangguan hubungan interpersonal, sosial, budaya atau keagamaan.

b) Menurut persepsi individu terhadap stres.

Rice (1992) dalam Qamariah (2014) menggolongkan stres menjadi dua golongan yaitu:

(1) *Distres* (stres negatif).

Selye menyebutkan distres merupakan stres yang merusak atau bersifat tidak menyenangkan. Stres dirasakan sebagai suatu keadaan dimana individu mengalami rasa cemas, ketakutan, khawatir atau gelisah. Sehingga individu mengalami kondisi psikologis yang negatif, menyakitkan dan timbul untuk menghindarinya.

(2) *Eustres* (stres positif).

Selye menyebutkan bahwa eustres bersifat menyenangkan dan merupakan pengalaman yang memuaskan. frase *joy off stress* untuk mengungkapkan hal-hal yang bersifat positif yang

timbul dari adanya stres. Stres positif dapat meningkatkan kesiagaan mental, kewaspadaan, kognisi dan performansi individu. *Eustres* juga dapat meningkatkan motivasi individu untuk menciptakan sesuatu misalnya karya seni.

#### 6) Faktor yang mempengaruhi stres.

Menurut Sunaryo (2004) dalam Qamariah (2014) faktor yang mempengaruhi stres ada dua yaitu:

- a) Faktor biologis: yaitu herediter, kondisi tubuh, kondisi fisik, neurofisiologik dan neurohormonal.
- b) Faktor psikoedukatif/ sosiokultural: perkembangan kepribadian dan kondisi lain yang mempengaruhi.

#### 7) Tahapan stres.

Tahapan stres menurut Robert J. Van Amberg dalam Yosep (2007) dibagi menjadi enam tahapan yaitu:

##### a) Stres tingkat I.

Tahapan ini merupakan tingkatan stres yang paling ringan, dan biasanya disertai dengan perasaan-perasaan sebagai berikut:

- (1) Semangat besar.
- (2) Penglihatan tajam tidak sebagaimana biasanya.
- (3) Energi dan gugup berlebihan, kemampuan menyelesaikan pekerjaan lebih dari biasanya.

Tahapan ini biasanya menyenangkan dan orang lalu bertambah semangat, tapi tanpa dia sadari bahwa sebenarnya cadangan energinya sedang menipis.

b) Stress tingkat II.

Dalam tahapan ini dampak stres yang menyenangkan mulai menghilang dan timbul keluhan-keluhan dikarenakan cadangan energi tidak lagi cukup sepanjang hari. Keluhan-keluhan yang sering dikemukakan sebagai berikut:

- (1) Merasa letih sewaktu bangun pagi.
- (2) Merasa lelah sesudah makan siang.
- (3) Merasa lelah menjelang sore.
- (4) Terkadang gangguan dalam sistem pencernaan (gangguan usus, perut kembung), kadang-kadang pula jantung berdebar-debar.
- (5) Perasaan tegang pada otot-otot punggung dan tengkuk (belakang leher).
- (6) Perasaan tidak santai.

c) Stress tingkat III.

Pada tahapan ini keluhan kelelahan semakin nampak disertai dengan gejala-gejala:

- (1) Gangguan usus lebih terasa (sakit perut, mulas, sering ingin kebelakang).
- (2) Otot-otot terasa lebih tegang.
- (3) Perasaan tegang yang semakin meningkat.
- (4) Gangguan tidur (sukar tidur, sering terbangun malam dan sukar tidur kembali, atau bangun terlalu pagi).
- (5) Badan terasa oyong, rasa-rasa mau pingsan (tidak sampai jatuh pingsan).

Pada tahapan ini penderita sudah harus berkonsultasi pada dokter, kecuali kalau beban stres atau tuntutan-tuntutan dikurangi, dan tubuh mendapat kesempatan untuk beristirahat atau relaksasi, guna memulihkan suplai energi.

d) Stress tingkat IV.

Tahapan ini sudah menunjukkan keadaan lebih buruk yang ditandai dengan ciri-ciri sebagai berikut:

- (1) Untuk bisa bertahan sepanjang hari terasa sangat sulit.
- (2) Kegiatan-kegiatan yang semula menyenangkan kini terasa sulit.

- (3) Kehilangan kemampuan untuk menanggapi situasi, pergaulan sosial, dan kegiatan-kegiatan rutin lainnya.
  - (4) Tidur semakin sukar, mimpi-mimpi menegangkan dan seringkali terbangun dini hari.
  - (5) Perasaan negativistik.
  - (6) Kemampuan berkonsentrasi menurun tajam.
  - (7) Perasaan takut yang tidak dapat dijelaskan, tidak mengerti mengapa.
- e) Stress tingkat V.

Tahapan ini merupakan keadaan yang lebih mendalam dari tahapan IV diatas, yaitu:

- (1) Keletihan yang mendalam (*physical and psychological exhaustion*).
- (2) Untuk pekerjaan-pekerjaan sederhana saja terasa kurang mampu.
- (3) Gangguan sistem pencernaan (sakit maag dan usus) lebih sering, sukar buang air besar atau sebaliknya feses cair dan sering kebelakang.
- (4) Perasaan takut yang semakin menjadi, mirip panik.

f) Stress tingkat VI.

Tahapan ini merupakan tahapan puncak yang merupakan keadaan gawat darurat. Tidak jarang dalam tahapan ini dibawa ke ICCU. Gejala-gejala pada tahapan ini cukup mengerikan.

(1) Debar jantung terasa amat keras, hal ini disebabkan zat adrenalin yang dikeluarkan, karena stres tersebut cukup tinggi dalam peredaran darah.

(2) Nafas sesak, megap-megap.

(3) Badan gemetar, tubuh dingin, keringat bercucuran.

(4) Tenaga untuk hal-hal yang ringan sekalipun tidak kuasa lagi, pingsan atau collaps.

8) Strategi koping untuk mengurangi stres.

Menurut Isaacs (2004) ada beberapa strategi koping yang bisa digunakan untuk mengurangi stres:

a) Mencari orang yang dapat membantu.

b) Berusaha mendisiplinkan diri dan tekun.

c) Melepaskan emosi yang kuat.

d) Memikirkan pilihan dan menggunakan teknik memecahkan masalah.

e) Melakukan kegiatan fisik dan olahraga untuk melepaskan energi.

f) Menggunakan teknik relaksasi seperti: Mendengarkan musik, mandi dengan air hangat, bermeditasi, melakukan latihan imajinasi atau visualisasi, menggunakan teknik-teknik relaksasi otot progresif.

d. Pengukuran status emosional.

Tingkat status emosional adalah hasil penilaian terhadap berat ringannya status emosional yang dialami seseorang. Tingkatan status emosional ini dapat diukur dengan menggunakan *Depression Anxiety Stres Scale* (DASS) oleh Livibond (1995). *Psychometric properties of the depression anxiety stres scale 42* (DASS) terdiri dari 42 item (Nursalam, 2008). DASS adalah perangkat alat subyektif yang dibentuk untuk mengukur status emosional negatif dari depresi, kecemasan dan stress. DASS dapat digunakan baik itu kelompok atau individu untuk tujuan penelitian.

Selain menggunakan DASS status emosional dapat diukur dengan skala lainnya yang terbagi khusus seperti HRS-A (*Hamilton Rating Scale for Anxiety*) yang dikhususkan untuk mengukur tingkat kecemasan dengan 14 item pernyataan kelompok gejala cemas, skala Holmes yang dikhususkan untuk mengetahui derajat stres pada seseorang dengan 36 item pernyataan dan HRS-D (*Hamilton Rating Scale for Depression*) yang dikhususkan untuk mengukur

tingkat depresi seseorang dengan 21 item pernyataan kelompok gejala depresi.

Tabel 2.1 Skor Penilaian pada DASS

Tingkatan	Depresi	Kecemasan	Stress
Normal	0-9	0-7	0-14
Ringan	10-13	8-9	15-18
Sedang	14-20	10-14	19-25
Berat	21-27	15-19	26-33
Sangat berat	28+	20+	34+

Sumber: Livibond S. H & Livibond, P.f. (1995). Penilaian manual untuk depresi, kecemasan, stress (DASS). University of Melbourne (2012).

e. Hubungan antara status emosional dengan tingkat nyeri.

Dari teori-teori diatas bisa disimpulkan bahwa ada keterkaitan antara nyeri dan status emosional, seseorang yang mengalami cemas atau depresi akan menyebabkan gangguan fungsi/ faal organ-organ tubuh individu tersebut, termasuk pada sistem gastrointestinal, contoh seperti pasien dengan dispepsia yang sering mengeluhkan nyeri epigastrium/ ulu hati.

## **B. Penelitian Terkait.**

Adapun penelitian terkait dengan penelitian yang peneliti lakukan:

1. penelitian Qamariah (2014) tentang hubungan antara status emosional dengan kejadian jerawat pada pada remaja di SMAN 01 Marangkayu Kabupaten Kutai Kerta Negara tahun 2014. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara status emosional dengan kejadian jerawat pada remaja di



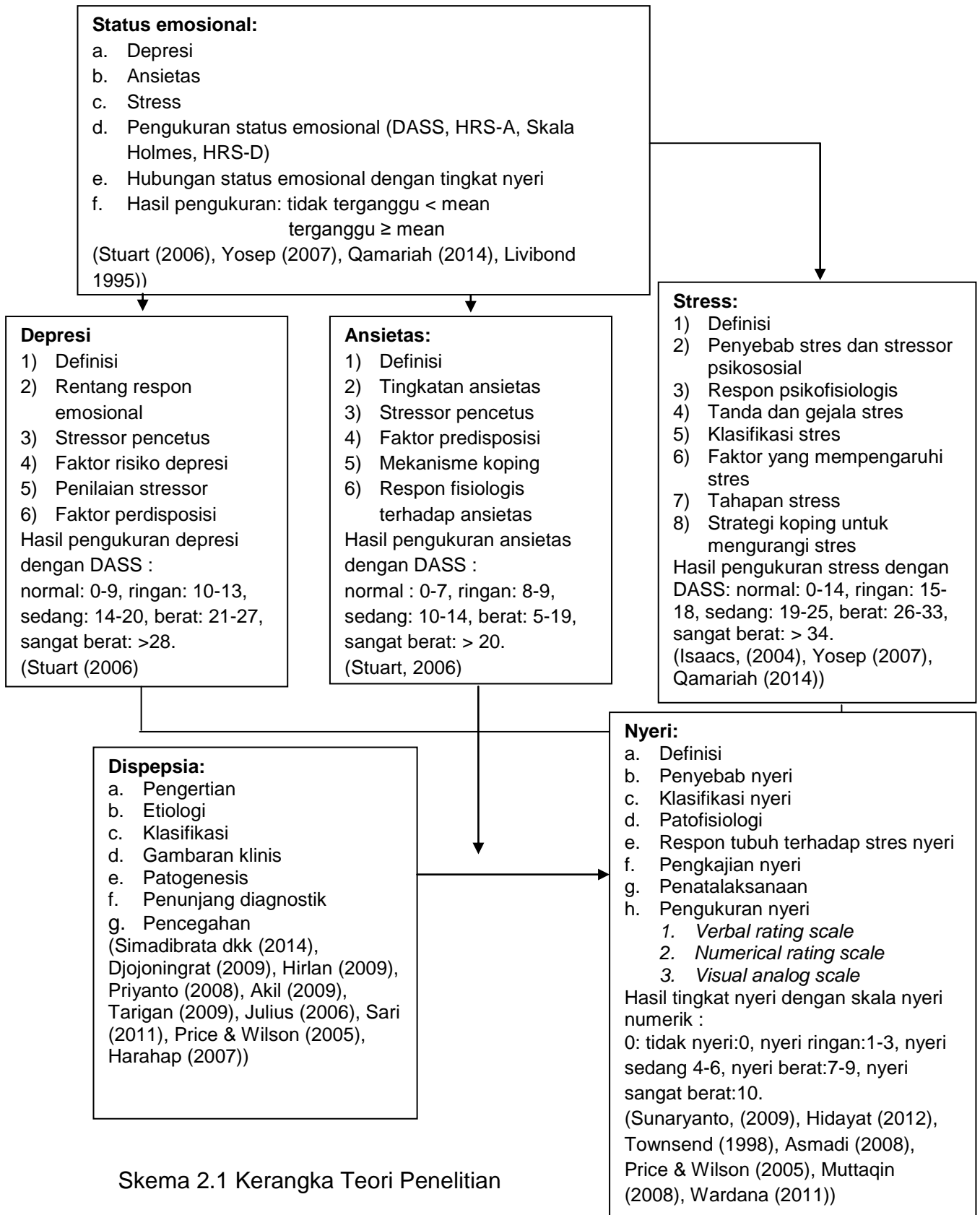
SMAN 01 Marangkayu Kabupaten Kutai Kerta Negara dengan rancangan penelitian korelasi dan pendekatan cross sectional dengan sampel sebanyak 144 yang diambil dengan teknik *stratified random sampling*. Uji hipotesisnya menggunakan uji statistik *spearman rho* atau *rank sperman*. Hasil menunjukkan status emosional dengan kejadian jerawat pada remaja didapatkan hasil tingkat depresi nilai signifikan *p-value* sebesar  $p=0.009 < \alpha=0.05$  yang berarti  $H_0$  ditolak, tingkat kecemasan nilai signifikan *p-value* sebesar  $p=0.082 < \alpha=0.05$   $H_0$  diterima, hasil tingkat stres nilai signifikan *p-value* sebesar  $p=0.074 < \alpha=0.05$   $H_0$  diterima. Maka dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara status emosional (tingkat depresi, kecemasan, stress) dengan kejadian jerawat pada remaja.

2. Penelitian Wardana (2011) yang berjudul hubungan tingkat kecemasan dengan intensitas nyeri pada pasien gagal ginjal kronis pada saat dilakukan hemodialisa di RSUD A. W. Sjahranie Samarinda. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan antara tingkat kecemasan dengan intensitas nyeri pada pasien gagal ginjal kronis dengan menggunakan rancangan deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling* dengan jumlah sampel 38 responden. Teknik

pengumpulan data dengan angket dan lembar observasi dan pengolahan data menggunakan *chi square* dengan alfa 5%. Hasil penelitian ini menunjukkan nilai *p value*  $0,929 > \alpha = 0.05$ . Maka dapat ditarik kesimpulannya tidak terdapat hubungan antara tingkat kecemasan dengan intensitas nyeri pada pasien gagal ginjal kronis pada saat dilakukan hemodialisa di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

3. Penelitian Rahmiwati (2010) yang berjudul “Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Sikap Pasien Dispepsia Fungsional dengan penanggulangan Gangguan Psikosomatik Dispepsia Fungsional di RS dr. M. Djamil Padang”. Pada penelitian ini sampel yang digunakan sebanyak 38 orang yang diproses dengan uji statistik *chi square* dan ditampilkan dengan diagram batang dan tabel silang. Hasil penelitian ini didapatkan 39,5% pasien dikategorikan dengan pengetahuan sedang, lebih dari setengah pasien (63,2%) mempunyai sikap yang positif. Sebanyak 52,6% pasien melakukan penanggulangan dengan baik. Setelah dilakukan uji statistik *chi square*, terdapat hubungan yang bermakna ( $p < 0,05$ ) antara pengetahuan dengan penanggulangan gangguan psikosomatik dispepsia fungsional dan juga terdapat hubungan yang bermakna ( $p < 0,05$ ) antara sikap dengan penanggulangan gangguan psikosomatik dispepsia fungsional.

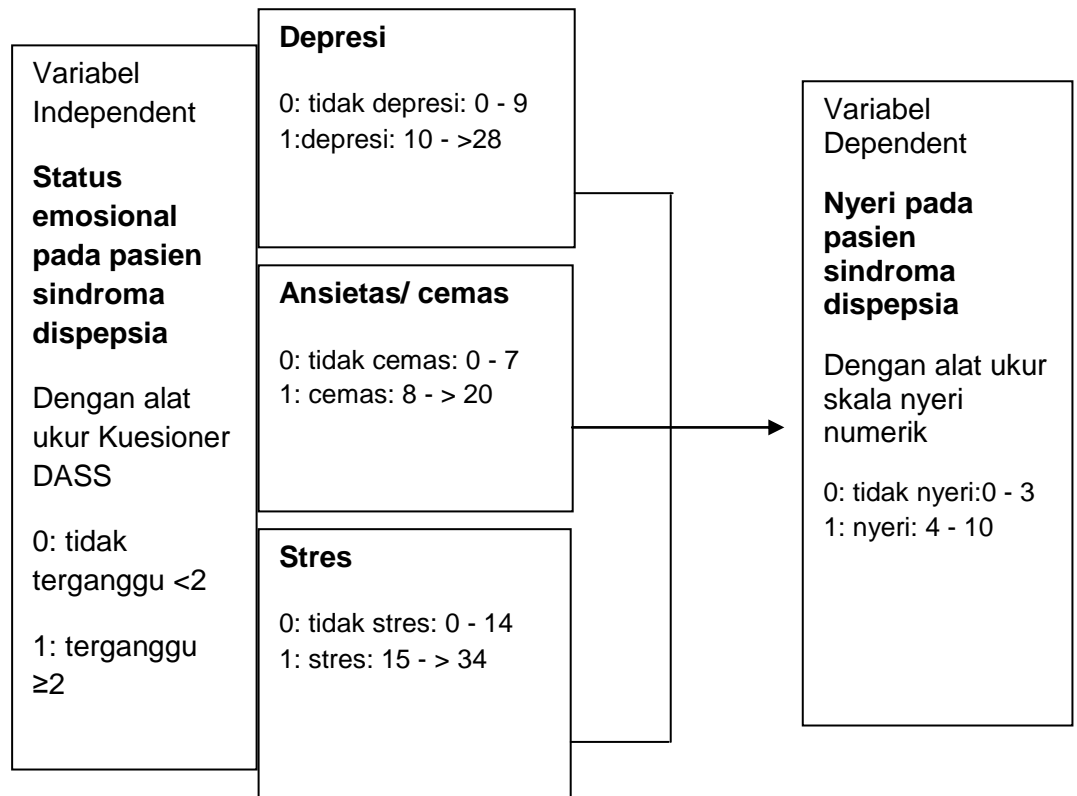
### C. Kerangka Teori.



Skema 2.1 Kerangka Teori Penelitian

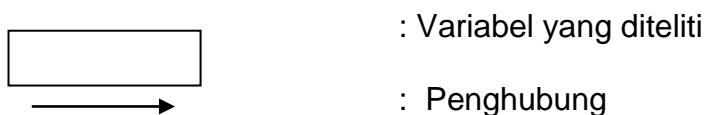
#### D. Kerangka Konsep.

Kerangka konsep merupakan bagian penelitian yang menyajikan konsep atau teori dalam bentuk kerangka konsep penelitian (Hidayat, 2007).



Skema 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan



Dari skema 2.2 di atas dijelaskan bahwa peneliti akan meneliti tentang hubungan status emosional dengan tingkat nyeri

pada pasien dispepsia dengan tujuan untuk mengetahui ada atau tidaknya hubungan antara kedua variabel.

#### **E. Hipotesis.**

Hipotesis adalah suatu jawaban sementara dari penelitian patokan duga, dalil sementara, yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian (Notoadmojo, 2005). Berdasarkan isinya, hipotesis dapat dibedakan menjadi dua, yaitu: *Pertama*, hipotesis mayor, hipotesis induk atau hipotesis utama, yaitu hipotesis yang menjadi sumber dari hipotesis-hipotesis yang lainnya. *Kedua*, hipotesis minor, hipotesis penunjang atau anak hipotesis atau subhipotesis, yaitu hipotesis yang dijabarkan dari hipotesis mayor (Notoadmojo, 2012).

Berdasarkan kerangka konsep yang telah dianjurkan diatas, maka hipotesa mayor dan hipotesa minor pada penelitian ini adalah:

##### 1. Hipotesa Mayor :

- a.  $H_a$  : Ada hubungan antara status emosional dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda.
- b.  $H_0$  : Tidak ada hubungan antara status emosional dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda.

2. Hipotesa Minor :

- a. Ada hubungan antara depresi dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda.
- b. Ada hubungan antara ansietas/ cemas dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda.
- c. Ada hubungan antara stres dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda.
- d. Tidak ada hubungan antara depresi dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda.
- e. Tidak ada hubungan antara ansietas/ cemas dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda.
- f. Tidak ada hubungan antara stres dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda.

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Rancangan Penelitian.**

Rancangan penelitian adalah sesuatu yang sangat penting dalam penelitian, memungkinkan pengontrolan maksimal beberapa faktor yang dapat mempengaruhi akurasi suatu hasil. Dapat digunakan peneliti sebagai petunjuk dalam perencanaan dan pelaksanaan penelitian untuk mencapai suatu tujuan atau menjawab suatu pertanyaan penelitian dan merupakan hasil akhir dari suatu tahap keputusan yang dibuat oleh peneliti berhubungan dengan bagaimana suatu penelitian bisa diterapkan (Nursalam, 2008). Penelitian ini menggunakan rancangan korelasional dengan pendekatan *cross sectional*, dimana penelitian korelasional mengkaji hubungan antara variabel. Peneliti dapat mencari, menjelaskan suatu hubungan, memperkirakan dan menguji berdasarkan teori yang ada. Pendekatan *cross sectional* adalah jenis penelitian yang menekankan waktu pengukuran/ observasi data variabel independent dan dependent hanya satu kali pada suatu saat (Nursalam, 2008).

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui status emosional dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda.

## **B. Populasi dan sampel.**

### 1. Populasi.

Populasi merupakan seluruh subjek atau objek dengan karakteristik tertentu yang akan diteliti (Hidayat, 2007). Pada penelitian ini populasinya adalah seluruh pasien yang datang ke Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda yang mengalami sindroma dispepsia.

### 2. Sampel.

Sampel terdiri dari bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling. Sedangkan sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi yang dapat mewakili populasi yang ada (Nursalam, 2008). Sampelnya adalah seluruh pasien sindroma dispepsia yang datang ke Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda pada tanggal 23 Februari 2015 sampai dengan tanggal 23 April 2015. Jumlah sampel yang terlibat pada penelitian ini berjumlah 43 responden. Pada penelitian ini metode yang digunakan untuk pengambilan sampel adalah *Accidental Sampling* atau sampling insidental. Cara pengambilan sampel ini adalah dengan teknik penentuan sampel berdasarkan kebetulan, yaitu siapa saja yang secara kebetulan/ insidental bertemu dengan peneliti dapat digunakan sebagai sampel, bila dipandang orang yang kebetulan ditemui



tersebut cocok sebagai sumber data (sugiyono, 2013). Adapun teknik pengambilan sampel yang mengacu pada kriteria inklusi dan kriteria eksklusi.

a. Kriteria Inklusi:

Adalah kriteria dimana subjek penelitian dapat mewakili dalam sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel (Hidayat, 2007). Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah :

- 1) Pasien yang bersedia menjadi responden.
- 2) Pasien yang berusia > 12 tahun.
- 3) Pasien yang mengeluh nyeri epigastrium/ abdomen.
- 4) Pasien dengan diagnosa sindroma dispepsia.

b. Kriteria Eksklusi:

Adalah kriteria dimana subjek penelitian tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian (Hidayat, 2007). Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah :

- 1) Pasien yang mengeluh selain nyeri epigastrium/ abdomen seperti nyeri sendi pada pasien OA.
- 2) Pasien yang terdiagnosis diare akut.
- 3) Pasien yang terdiagnosis *Iritable Bowel Syndrom*.

### **C. Waktu dan Tempat Penelitian.**

Penelitian ini dilakukan di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda Jl. Pahlawan Segiri Samarinda, Komplek Ruko Permata No. 17-18-19 yang dimulai dari tanggal 23 Februari 2015 sampai dengan tanggal 23 April 2015.

### **D. Variabel Penelitian.**

Variabel merupakan konsep dari berbagai level abstrak yang didefinisikan sebagai suatu fasilitas untuk pengukuran dan atau manipulasi suatu penelitian. Jenis variabel diklasifikasikan menjadi bermacam-macam tipe untuk menjelaskan penggunaannya dalam penelitian (Nursalam, 2008). Penelitian ini menggunakan variabel independent/ variabel bebas dan variabel dependent/ variabel terkait, yaitu:

#### **1. Variabel Independent/ variabel bebas.**

Variabel yang nilainya menentukan variabel lain (Nursalam, 2008). Variabel independent merupakan variabel yang menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel dependent (Hidayat, 2007). Pada penelitian ini variabel independennya adalah status emosional, yang menjadi salah satu pemicu peningkatan produksi asam lambung yang berakhir dengan keluhan nyeri epigastrium pada pasien sindroma dispepsia.

## 2. Variabel dependent/ variabel terkait.

Variabel dependent merupakan variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat karena variabel bebas (Hidayat, 2007). Variabel dependent yang nilainya ditentukan oleh variabel lain (Nursalam, 2008). Pada penelitian ini variabel dependentnya adalah tingkat nyeri pada penderita dispepsia yang disebabkan oleh peningkatan produksi asam lambung.

### **E. Definisi Operasional.**

Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena (Hidayat, 2007).

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Cara ukur	Skala ukur	Hasil Ukur
variabel Independent  Status Emosional	Status emosional adalah mood atau alam perasaan seseorang. Pada pasien sindroma dispepsia status emosional atau psikologis merupakan salah satu pemicu timbulnya keluhan dispepsia.	Kuesioner DASS dengan 42 item pernyataan	Ordinal	0: tidak terganggu: <2 1: terganggu: ≥2
Depresi	Depresi merupakan salah satu tingkatan status emosional yaitu perasaan berduka yang berkepanjangan yang dapat menimbulkan keluhan pada dispepsia	Kuesioner DASS dengan 14 item pernyataan.	Ordinal	0: tidak depresi: 0 - 9 1: depresi: 10 - >28
Ansietas/ cemas	Ansietas merupakan salah satu tingkatan status emosional yaitu rasa kekhawatiran yang tidak jelas yang dapat menimbulkan keluhan dispepsia	Kuesioner DASS dengan 14 item pernyataan.	Ordinal	0: tidak cemas: 0 - 7 1: cemas: 8 - >20
Stress	Stress merupakan salah satu tingkatan status emosional yaitu stimulus atau situasi yang menimbulkan distres, keadaan ini juga dapat menimbulkan keluhan dispepsia	Kuesioner DASS dengan 14 item pernyataan.	Ordinal	0: tidak stres: 0 - 14 1: stres: 15 - >34
Variabel Dependent Tingkat Nyeri	Nyeri epistrium adalah salah satu keluhan yang sering timbul pada dispepsia dibandingkan dengan keluhan yang lain	Kuesioner skala nyeri numerik.	Ordinal	0: tidak nyeri: 0 - 3 1: nyeri: 4 - 10

## F. Instrument Penelitian.

Pada penelitian ini instrument yang digunakan terdiri dari 3 bagian. Bagian A tentang karakteristik responden (no responden, umur, jenis kelamin, status perkawinan, pekerjaan dan pendidikan terakhir). Bagian B berupa kuesioner DASS. Kuesioner DASS terdiri dari 42 item gangguan mental emosional yang terbagi menjadi tiga dimensi yaitu depresi, kecemasan dan stres, dengan masing-masing dimensi tersebut memiliki 14 item. Untuk skoring masing-masing dimensi, baik depresi, kecemasan, dan stres yaitu dengan cara menjumlahkan skor-skor setiap item yang disampaikan.

Tabel 3.2 Daftar pernyataan dalam DASS

Skala	Butir Pernyataan	No. Item Pernyataan
Depresi	14 item pernyataan	3, 5, 10, 13, 16, 17, 21, 24, 26, 31, 34, 37, 38, 42.
Ansietas/ Cemas	14 item pernyataan	2, 4, 7, 9, 15, 19, 20, 23, 25, 28, 30, 36, 40, 41.
Stres	14 item pernyataan	1, 6, 8, 11, 12, 14, 18, 22, 27, 29, 32, 33, 35, 39.

Sumber : Livibond, S. H & Livibond, 1995 dalam University Of Melbourne, 2012.

Jumlah skor dari pernyataan item tersebut, memiliki makna normal, ringan, sedang, berat dan sangat berat. Bagian C adalah kuesioner skala nyeri numerik. Skala ini mempunyai angka yang berkisar antara 0-10 dimana 0 berarti responden tidak ada merasakan nyeri dan 10 berarti responden merasakan nyeri yang sangat hebat.

## G. Uji Validitas dan Uji Reliabilitas.

Pada penelitian ini instrument/ alat ukur yang dipergunakan sudah baku maka peneliti tidak perlu melakukan uji validitas dan uji reliabilitas. Pada sub bab bagian ini peneliti hanya menggambarkan uji validitas dan uji reliabilitas sesuai dengan instrument yang ada yang menggunakan skala likert pada kuesioner DASS dan semantik diferensial pada kuesioner skala nyeri numerik.

### 1. Mengukur Validitas.

Validitas (kesahihan) menyatakan apa yang seharusnya diukur. Prinsip validitas adalah pengukuran dan pengamatan yang berarti prinsip keandalan instrument dalam mengumpulkan data (Nursalam, 2008).

Uji validitas yang digunakan untuk mengukur relevan atau tidaknya pengukuran yang dilakukan pada penelitian dengan cara hasil perhitungan tiap tiap item dibandingkan tabel nilai *product moment* dengan menggunakan program komputer. Hasil uji dari tiap item pertanyaan apabila signifikan  $r$  hitung lebih besar dari  $r$  tabel, maka item pertanyaan tersebut valid dan dapat digunakan. Namun apabila tidak signifikan atau  $r$  hitung lebih kecil dari  $r$  tabel, maka item pertanyaan dinyatakan tidak valid (Sugiyono, 2007). Rumus yang dapat digunakan adalah yang dikemukakan oleh Pearson, yang dikenal dengan korelasi *Product Moment* (Arikunto, 2010) :

$$r_{xy} = \frac{N \sum XY - (\sum X) (\sum Y)}{\sqrt{\{N \sum X^2 - (\sum X)^2\} \{N \sum Y^2 - (\sum Y)^2\}}}$$

Keterangan:

$r_{xy}$  : koefisien korelasi skor item dan skor total

$n$  : banyaknya subyek

$\sum x$  : jumlah skor item

$\sum y$  : jumlah skor total

$\sum xy$  : jumlah perkalian skor item dengan skor total

$\sum x^2$  : jumlah kuadrat skor item

$\sum y^2$  : jumlah kuadrat skor total

Hasil perhitungan  $r_{xy}$  dibandingkan dengan  $r_{tabel}$  dengan taraf kesalahan 5%. Jika  $r_{xy} > r_{tabel}$  maka instrumen tersebut dikatakan valid.

## 2. Mengukur Relibialitas.

Relibialitas adalah kesamaan hasil pengukuran atau pengamatan bila fakta atau kenyataan hidup tadi diukur atau diamati berkali-kali dalam waktu yang berlainan (Nursalam, 2008).

Uji reliabilitas yang digunakan adalah *Alpha Cronbach* (Arikunto, 2010) :

$$r_{11} = \left[ \frac{k}{k-1} \right] \left[ 1 - \frac{\sum \sigma_b^2}{\sigma_t^2} \right]$$

Dimana:

$r_{11}$  = reliabilitas instrumen

$k$  = banyaknya butir pertanyaan atau banyaknya soal

$\sum \sigma_b^2$  = jumlah varians butir

$\sigma_t^2$  = varians total

Kriteria suatu instrumen penelitian dikatakan reliabel dengan menggunakan teknik ini, bila koefisien reliabilitas ( $r_{11}$ ) > 0,6.

#### **H. Teknik Pengumpulan Data.**

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2008). Pengumpulan data merupakan kegiatan penelitian untuk mengumpulkan data sebelum melakukan pengumpulan data, perlu dilihat alat ukur pengumpulan data agar dapat memperkuat hasil penelitian (Hidayat, 2007).

Pada penelitian ini pengumpulan data menggunakan kuesioner berupa DASS untuk mengumpulkan data status emosional sebagai variabel Independent. Dan kuesioner skala nyeri numerik sebagai instrument penelitian yang dipakai untuk mengumpulkan data tingkat nyeri sebagai variabel dependent pada penelitian ini.



## **I. Teknik Analisa Data.**

### **1. Pengolahan data.**

Menurut Notoatmodjo (2012) setelah data terkumpul, lalu dilakukan pengolahan data sebagai berikut :

#### **a. *Editing.***

Hasil angket yang diperoleh atau dikumpulkan melalui kuesioner perlu disunting terlebih dahulu. Kalau ternyata masih ada data atau informasi yang tidak lengkap, dan tidak mungkin dilakukan wawancara ulang, maka kuesioner tersebut dikeluarkan (*droup out*).

#### **b. *Coding.***

Setelah semua diedit atau disunting, selanjutnya dilakukan pengkodean atau *coding*, yakni mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi angka atau bilangan. Koding atau pemberian kode ini sangat berguna dalam memasukkan data.

#### **c. *Data entry.***

Data, yakni jawaban-jawaban dari masing-masing responden yang dalam bentuk kode dimasukkan ke dalam program komputer.

#### **d. *Cleaning.***

Apabila semua data dari setiap sumber data atau responden selesai dimasukkan, perlu dicek kembali untuk

melihat kemungkinan-kemungkinan adanya kesalahan-kesalahan kode, ketidaklengkapan, dan sebagainya, kemudian dilakukan pembetulan atau korelasi.

## 2. Analisa data.

Menurut Notoatmodjo (2012) analisis data suatu penelitian, biasanya melalui prosedur bertahap antara lain :

### a. Analisis univariat.

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Bentuk analisis univariat tergantung dari jenis datanya. Untuk data numerik digunakan nilai mean atau rata-rata, median dan standar deviasi. Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase dari tiap variabel (Notoatmodjo, 2012).

$$P = \frac{F}{N} \times 100\%$$

Keterangan

P : Persentase

F : Frekuensi

N : Jumlah responden

### b. Analisis bivariat.

Apabila telah dilakukan analisis univariat tersebut di atas, hasilnya akan diketahui karakteristik atau distribusi setiap variabel, dan dapat dilanjutkan analisis bivariat. Analisis

bivariat yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi yang di buat dalam bentuk distribusi untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara variabel, dalam penelitian ini yaitu variabel bebas/ independent status emosional yang terdiri dari depresi, ansietas juga stres dan variabel terikat/ dependent yaitu tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia. Jika masing-masing variabel berjenis data kategorik dan populasinya berdistribusi normal, maka analisis data yang digunakan adalah analisis *chi square/ chi kuadrat*.

Rumus *chi square* :

$$f_e = \frac{(\sum fk - \sum fb)}{\sum T}$$

Keterangan :

$f_e$  = Frekuensi yang diharapkan

$\sum fk$  = Jumlah frekuensi pada kolom

$\sum fb$  = Jumlah frekuensi pada baris

$\sum T$  = Jumlah keseluruhan baris dan kolom

kemudian mencari nilai Chi Kuadrat hitung dengan rumus :

$$X^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

Dan dilanjutkan dengan mencari nilai  $X^2$  tabel dengan

rumus :

$dk = (k-1)(b-1)$
-------------------

Keterangan :

k = banyaknya kolom

b = banyaknya baris

Langkah yang terakhir yaitu membandingkan  $X^2$  hitung dengan  $X^2$  tabel : jika  $X^2$  hitung lebih besar  $X^2$  tabel maka  $H_0$  ditolak artinya signifikan. Jika  $X^2$  hitung lebih kecil  $X^2$  tabel maka  $H_0$  diterima artinya tidak signifikan.

Dan apabila tidak dapat digunakan uji chi kuadrat dapat menggunakan uji *fisher exact* karena dalam uji *chi square* terdapat sampel yang kurang, maka tehnik yang di anggap dapat menanggulangi permasalahan adalah menggabungkan nilai dari sel yang kecil dengan sel yang lainnya (meng-collaps). Artinya, kategori dari variabel di kurangi sehingga kategori yang nilai harapanya kecil dapat di gabung ke kategori lain. Untuk tabel 2x2, hal ini tidak dapat dilakukan, maka solusinya adalah melakukan *uji Fisher Exact*. Uji ini digunakan bila sampel yang digunakan  $20 < n < 40$  dan nilai Ekspektasi  $< 5$  harus  $< 20\%$ .

Variabel 2	Variabel 1		
	A	B	a+b
	C	D	c+d
	a+c	b+d	N

Dengan formula :

$$p = \frac{(a+b)!(c+d)!(a+c)!(b+d)!}{a!b!c!d!n!}$$

Pada nilai marginal yang tetap dapat disusun berbagai kombinasi. Dari setiap kombinasi yang dihasilkan dapat dihitung selisih persentase antara yang berhasil (+) dan tidak berhasil (-) dan dihitung nilai P menggunakan rumus diatas. Hasil perhitungan persentase setiap kombinasi dan nilai P dapat disusun dalam bentuk tabel. Melalui tabel tersebut kita dapat segera mengetahui besarnya P dari selisih persentase (+) dan (-) (Budiarto, 2005).

#### **J. Etika Penelitian.**

Menurut Hidayat (2007) masalah etika pada penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan. Masalah etika yang harus diperhatikan antara lain:

##### *1. Informed consent.*

*Informed consent* merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan menyodorkan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya.

2. *Anomity* (tanpa nama).

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembaran alat ukur, dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*).

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.

**K. Jalannya Penelitian.**

1. Melakukan permohonan perizinan penelitian kepada pihak Klinik Segiri Medika Samarinda dengan menggunakan surat izin penelitian yang dikeluarkan oleh STIKES Muhammadiyah Samarinda.
2. Setelah pihak Klinik Segiri Medika Samarinda memberikan izin kepada peneliti untuk melakukan penelitian di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda maka peneliti dapat memulai penelitian.

3. Mengunjungi Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda untuk mengkaji pasien yang menderita sindroma dispepsia.
4. Responden mengisi *informed consent* dengan cara menjelaskan tujuan penelitian sekaligus menjamin kerahasiaan identitas pasien dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama pada lembar kuesioner dan lembar observasi, setelah klien paham dan bersedia untuk dijadikan responden penelitian lalu yang bersangkutan menandatangani surat persetujuan untuk menjadi responden penelitian.
5. Tulis kode pada kuesioner bukan nama responden lalu minta responden mengisi kuesioner yang tersedia.
6. Selanjutnya kertas tersebut diambil dan terakhir dilakukan analisa data.





## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

Bab ini berisi tentang laporan hasil penelitian dan pembahasan mengenai hubungan antara status emosional dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda. Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 23 Februari 2015 sampai dengan 23 April 2015, penelitian ini dilaksanakan selama 2 bulan.

Pengolahan data dilakukan setelah data primer yang didapat dengan menggunakan instrumen berupa kuesioner yang telah *valid*, yaitu kuesioner *Depression Anxiety Stress Scale (DASS)*, yang akan diolah berdasarkan teknik pengolahan data yang telah diuraikan di bab sebelumnya. Hasil penelitian ini akan menguraikan tentang karakteristik responden, tentang status emosional dan hubungannya dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda.

#### **A. Gambaran Umum Klinik Segiri Medika Samarinda**

Peneliti melakukan penelitian di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda, Klinik Segiri Medika Samarinda ini merupakan klinik spesialis yang beralamat di Jl. Pahlawan Segiri Samarinda, Komplek Ruko Permata No. 17-18-19. Klinik ini di diresmikan pada tanggal 20 Mei 2013, di Klinik ini terdapat beberapa dokter spesialis diantaranya adalah spesialis penyakit dalam, spesialis kandungan,

spesialis bedah umum, spesialis syaraf, spesialis jantung, spesialis anak, spesialis THT, spesialis mata, spesialis patologi anatomi, spesialis patologi klinik, spesialis radiologi. Di Klinik ini juga terdapat laboratorium dan apotik. Pada tanggal 20 Mei 2015 klinik ini telah membuka pelayanan IGD dan rawat inap dengan kapasitas kamar rawat inap sebanyak 20 bed.

## B. Hasil Penelitian

### 1. Analisa univariat

#### a. Analisa univariat karakteristik responden

Analisa univariat dalam penelitian ini menggambarkan distribusi frekuensi umur responden, jenis kelamin responden, pekerjaan responden, status perkawinan responden dan tingkat pendidikan responden yang akan diuraikan dibawah ini.

#### 1) Umur responden

**Tabel 4.1 Karakteristik responden berdasarkan umur di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda bulan Februari-April 2015.**

Umur	Frekuensi	Persentase (%)
Remaja Akhir (17-25 Tahun)	15	34.9
Dewasa Awal (26-35 Tahun)	23	53.5
Dewasa Akhir (36-45 Tahun)	5	11.6
<b>Jumlah</b>	<b>43</b>	<b>100.0</b>

**Sumber : Data Primer 2015**

Berdasarkan tabel 4.1 di atas dapat dilihat bahwa dari 43 responden yang terlibat dalam penelitian ini didapatkan lebih dari separuh berada pada tahap dewasa awal (26-35 tahun) sebanyak 23 responden (53,5%).

2) Jenis kelamin responden

**Tabel 4.2 Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda bulan Februari-April 2015.**

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase (%)
Laki-laki	16	37.2
Perempuan	27	62.8
<b>Jumlah</b>	<b>43</b>	<b>100.0</b>

**Sumber: Data Primer 2015**

Berdasarkan tabel 4.2 di atas dapat dilihat bahwa dari 43 responden yang terlibat dalam penelitian ini didapatkan jenis kelamin responden sebagian besar adalah perempuan sebanyak 27 responden (62,8%).

3) Pekerjaan responden

**Tabel 4.3 Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan responden di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda bulan Februari-April 2015.**

Pekerjaan	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak bekerja (IRT, pelajar/ mahasiswa)	16	37.2
Bekerja (guru, PNS, karyawan swasta)	27	62.8
<b>Jumlah</b>	<b>43</b>	<b>100.0</b>

**Sumber: Data Primer 2015**

Berdasarkan tabel 4.3 di atas dapat dilihat bahwa sebagian besar responden yang terlibat dalam penelitian ini mempunyai pekerjaan sebanyak 27 responden (62,8%).

4) Status Perkawinan

**Tabel 4.4 Karakteristik responden berdasarkan status perkawinan responden di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda bulan Februari-April 2015.**

Status Perkawinan	Frekuensi	Persentase (%)
Belum Kawin	19	44.2
Kawin	24	55.8
<b>Jumlah</b>	<b>43</b>	<b>100.0</b>

**Sumber: Data Primer 2015**

Berdasarkan tabel 4.4 di atas dapat dilihat bahwa lebih dari separuh responden yang terlibat dalam penelitian ini berdasarkan status perkawinan responden adalah kawin sebanyak 24 responden (55,8%).

5) Tingkat pendidikan responden

**Tabel 4.5 Karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan responden di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda bulan Februari-April 2015.**

Tingkat Pendidikan	Frekuensi	Persentase (%)
SMP	2	4.7
SMA	22	51.2
Perguruan Tinggi	19	44.2
<b>Jumlah</b>	<b>43</b>	<b>100.0</b>

**Sumber: Data Primer 2015**

Berdasarkan tabel 4.5 di atas dapat dilihat bahwa dari 43 responden yang terlibat dalam penelitian ini lebih dari separuh berpendidikan SMA sebanyak 22 responden (51,2%).

b. Analisa univariat Variabel Penelitian

1) Tingkat depresi

**Tabel 4.6 Karakteristik tingkat depresi responden di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda bulan Februari-April 2015.**

Tingkat Depresi	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak depresi	20	46.5
Depresi	23	53.5
<b>Jumlah</b>	<b>43</b>	<b>100.0</b>

**Sumber: Data Primer 2015**

Berdasarkan tabel 4.6 dapat dilihat bahwa tingkat depresi responden yang terlibat dalam penelitian ini lebih dari separuhnya mengalami depresi sebanyak 23 responden (53,5%).

## 2) Tingkat kecemasan

**Tabel 4.7 Karakteristik tingkat kecemasan responden di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda bulan Februari-April 2015.**

Tingkat Kecemasan	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak cemas	6	14.0
Cemas	37	86.0
<b>Jumlah</b>	<b>43</b>	<b>100.0</b>

*Sumber: Data Primer 2015*

Berdasarkan tabel 4.7 dapat dilihat bahwa mayoritas responden yang terlibat pada penelitian ini mengalami cemas sebanyak 37 responden (86,0%).

## 3) Tingkat stres

**Tabel 4.8 Karakteristik tingkat stres responden di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda bulan Februari-April 2015.**

Tingkat Stres	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak stres	16	37.2
Stres	27	62.8
<b>Jumlah</b>	<b>43</b>	<b>100.0</b>

*Sumber: Data Primer 2015*

Berdasarkan tabel 4.8 dapat dilihat bahwa tingkat stres responden yang terlibat dalam penelitian ini sebagian besar mengalami stres sebanyak 27 responden (62,8%).

## 4) Status emosional

**Tabel 4.9 Karakteristik status emosional responden di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda bulan Februari-April 2015.**

Status emosional	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak terganggu	9	20.9
Terganggu	34	79.1
<b>Jumlah</b>	<b>43</b>	<b>100.0</b>

*Sumber: Data Primer 2015*

Berdasarkan tabel 4.9 dapat dilihat bahwa mayoritas responden yang terlibat dalam penelitian ini mengalami gangguan emosional sebanyak 34 responden (79,1%).

5) Tingkat nyeri

**Tabel 4.10 Karakteristik tingkat nyeri responden di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda bulan Februari-April 2015.**

Tingkat Nyeri	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak nyeri	6	14.0
Nyeri	37	86.0
<b>Jumlah</b>	<b>43</b>	<b>100.0</b>

**Sumber: Data Primer 2015**

Berdasarkan tabel 4.10 dapat dilihat bahwa mayoritas responden yang terlibat dalam penelitian ini mengalami nyeri sebanyak 37 responden (86,0%).

2. Analisa bivariat

Setelah melakukan analisa data secara univariat, selanjutnya dilakukan analisa data secara bivariat untuk mengidentifikasi hubungan variabel independen yaitu status emosional (depresi, cemas, stres) dengan variabel dependen yaitu tingkat nyeri pada penderita sindroma dispepsia dengan menggunakan uji *Fisher Exact Test*. Adapun hubungan antara variabel tersebut adalah sebagai berikut:

- a. Hubungan antara depresi dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia

**Tabel 4.11 Tabulasi silang tingkat depresi dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda bulan Februari-April 2015.**

Tingkat depresi	Tingkat nyeri				Total		OR	P value
	Tidak nyeri		Nyeri		n	%		
	n	%	n	%				
Tidak depresi	4	20.0	16	80.0	20	100.0	2.625	0.393
Depresi	2	8.7	21	91.3	23	100.0	(0.426-16.164)	
Total	6	14.0	37	86.0	43	100.0		

**Sumber: Data Primer 2015**

Dari tabel diatas dapat dilihat dari 43 responden yang mengalami sindroma dispepsia yang terlibat dalam penelitian yang dilakukan peneliti didapatkan bahwa dari 20 responden yang tidak depresi mayoritas mengalami nyeri sebanyak 16 responden (80.0%) dan sisanya tidak mengalami nyeri, Kemudian dari 23 responden yang mengalami depresi hampir seluruhnya mengalami nyeri sebanyak 21 responden (91.3%) dan sisanya tidak mengalami nyeri.

Analisis hubungan antara tingkat depresi dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda dilakukan dengan menggunakan rumus *Fisher Exact Test* dengan taraf signifikan  $\alpha$  5% dengan nilai  $p = 0,393 > \alpha 0,05$  sehingga  $H_0$  diterima yang berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat depresi dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda.

Analisis odd ratio menunjukkan hasil 2.625. Berdasarkan hasil tersebut diyakini dengan tingkat kepercayaan 95% bahwa orang yang tidak mengalami depresi mempunyai peluang tidak mengalami nyeri sebesar 3 kali dibandingkan responden yang mengalami depresi.

- b. Hubungan antara kecemasan dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia

**Tabel 4.12 Tabulasi silang tingkat kecemasan dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda bulan Februari-April 2015.**

Tingkat cemas	Tingkat nyeri				Total		OR	P value
	Tidak nyeri		Nyeri		n	%		
	n	%	n	%				
Tidak cemas	3	50.0	3	50.0	6	100.0	11.333	0.027
Cemas	3	8.1	34	91.9	37	100.0	(1.551-82.792)	
Total	6	14.0	37	86.0	43	100.0		

**Sumber: Data Primer 2015**

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa dari 6 responden yang mengalami sindroma dispepsia yang tidak cemas separuhnya mengalami nyeri sebanyak 3 responden (50.0%) dan separuhnya lagi sebanyak 3 responden sisanya (50.0%) tidak mengalami nyeri. Kemudian dari 37 responden yang mengalami cemas hampir seluruhnya mengalami nyeri sebanyak 34 responden (91.9%) dan sisanya 3 responden (8.1%) tidak mengalami nyeri.

Analisis hubungan antara tingkat kecemasan dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia dilakukan dengan menggunakan rumus *Fisher Exact Test* dengan taraf signifikan  $\alpha$  5% dengan nilai  $p = 0,027 < \alpha 0,05$  sehingga  $H_0$  ditolak yang berarti ada hubungan yang bermakna antara tingkat kecemasan dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda.



Hasil analisis odd ratio menunjukkan 11.333. Berdasarkan hasil tersebut diyakini dengan tingkat kepercayaan 95% bahwa orang yang tidak mengalami cemas mempunyai peluang tidak mengalami nyeri sebesar 11 kali dibandingkan responden yang mengalami cemas.

- c. Hubungan antara stres dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia

**Tabel 4.13 Tabulasi silang tingkat stres dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda bulan Februari-April 2015.**

Tingkat stres	Tingkat nyeri				Total	OR	P value
	Tidak nyeri		Nyeri				
	n	%	n	%			
Tidak stres	5	31.3	11	68.8	16	100.0	11.818 (1.233- 113.233)
Stres	1	3.7	26	96.3	27	100.0	
Total	6	14.0	37	86.0	43	100.0	

**Sumber: Data Primer 2015**

Dari tabel diatas dapat terlihat bahwa dari 16 responden yang tidak stres sebagian besarnya mengalami nyeri sebanyak 11 responden (68.8%) dan sebanyak 5 responden (31.2%) sisanya tidak mengalami nyeri. Kemudian dari 27 responden yang mengalami stres hampir seluruhnya sebanyak 26 responden (96.3%) mengalami nyeri dan sebanyak 1 responden (3.7%) tidak mengalami nyeri.

Analisis hubungan antara tingkat stres dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia dilakukan dengan menggunakan rumus *Fisher Exact Test* dengan taraf signifikan  $\alpha$  5% dengan nilai  $p = 0,021 < \alpha 0,05$  sehingga  $H_0$  ditolak yang

berarti ada hubungan yang bermakna antara tingkat stres dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda.

Hasil analisis odd ratio menunjukkan 11.818. Berdasarkan hasil tersebut diyakini dengan tingkat kepercayaan 95% bahwa orang yang tidak mengalami stres mempunyai peluang tidak mengalami nyeri sebesar 12 kali dibandingkan responden yang mengalami stres.

- d. Hubungan antara status emosional dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia.

**Tabel 4.14 Tabulasi silang status emosional dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda bulan Februari-April 2015.**

Status emosional	Tingkat nyeri				Total	P value
	Tidak nyeri		Nyeri			
	n	%	n	%		
Tidak terganggu	6	66.7	3	33.3	9	100.0
Terganggu	0	0.0	34	100.0	34	100.0
Total	6	14.0	37	86.0	43	100.0

**Sumber: Data Primer 2015**

Dari tabel diatas dapat terlihat bahwa dari 9 responden yang tidak terganggu status emosionalnya sebagian besarnya tidak mengalami nyeri sebanyak 6 responden (66.7%) dan sebanyak 3 responden (33.3%) sisanya mengalami nyeri. Kemudian dari 34 responden yang mengalami gangguan pada status emosional seluruhnya sebanyak 34 responden (100.0%) mengalami nyeri.

Analisis hubungan antara status emosional dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia dilakukan dengan menggunakan rumus *Fisher Exact Test* dengan taraf signifikan  $\alpha$  5% dengan nilai  $p = 0,000 < \alpha 0,05$  sehingga  $H_0$  ditolak yang berarti ada hubungan yang bermakna antara status emosional dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda.

### **C. Pembahasan**

#### **1. Analisa univariat karakteristik responden**

Karakteristik umur responden dalam penelitian ini dari total 43 responden, lebih dari separuh berada pada tahap dewasa awal yaitu yang berkisar antara umur 26-35 tahun sebanyak 23 responden (53.5%). Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Tarigan (2003) yang menyatakan bahwa penderita dispepsia fungsional lebih banyak berada pada kisaran umur 26-35 tahun (50,0%). Hasil penelitian Sari (2012) juga menyatakan umur penderita dispepsia lebih banyak berada pada rentang 21-35 tahun. Menurut ahli psikologi perkembangan (Santrock, 1999 dalam Dariyo, 2004) seseorang yang dewasa muda termasuk masa transisi baik transisi fisik, transisi intelektual serta transisi peran social. Pada transisi fisik seorang dewasa muda sedang mengalami peralihan dari masa remaja memasuki masa dewasa tua, penampilan fisik yang benar-benar matang sehingga siap melakukan tugas-tugas seperti orang

dewasa lainnya, misalnya bekerja, menikah dan mempunyai anak. Pada transisi intelektual menurut anggapan Piaget (dalam Dariyo, 2004) kapasitas kognitif dewasa muda tergolong pada masa *operational formal*. Taraf ini menyebabkan dewasa muda mampu memecahkan masalah yang kompleks dengan kapasitas berpikir abstrak, logis dan rasional. Pada transisi peran social mereka akan menindaklanjuti hubungan pacarnya untuk segera menikah agar dapat membentuk dan memelihara kehidupan rumah tangga yang baru, yakni terpisah dari kedua orang tua. Di dalam rumah tangga yang baru inilah masing-masing baik laki-laki maupun wanita memiliki peran ganda yakni sebagai individu yang bekerja di lembaga pekerjaan ataupun sebagai suami atau istri, sebagai ayah atau ibu bagi anaknya.

Dari beberapa transisi diatas peneliti berpendapat bahwa seseorang yang berusia 20 tahun keatas di masyarakat sudah dianggap dewasa dan mempunyai tanggung jawab sendiri serta mampu diberikan tanggung jawab dari orang lain. Oleh karena itu proses berpikir pada diri seseorang itu akan semakin berat untuk memenuhi tanggung jawab tersebut, mereka juga harus beradaptasi dengan hal-hal baru yang ditemui pada dewasa muda ini. Secara tidak sadar hal ini lah yang dapat memicu timbulnya stres tersendiri bagi seseorang tersebut yang secara tidak langsung bisa menimbulkan psikosomatik dengan gejala sindroma dispepsia.

Menurut peneliti stres seperti diatas dapat dikurangi dengan cara berhenti sejenak untuk memikirkan hal tersebut atau berhenti sejenak dari rutinitas yang membuat stres dan diganti dengan melakukan sesuatu yang membuat tenang seperti melakukan hobi yang disenangi atau berlibur dengan keluarga.

Diperoleh pula karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin sebagian besarnya adalah perempuan yang berjumlah 27 responden (62.8%), dibanding laki-laki yang berjumlah 16 responden (37.2%). Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Tarigan (2003) yang menyatakan bahwa dari 22 responden yang mengalami sindroma dispepsia fungsional, lebih dari separuhnya adalah responden yang berjenis kelamin perempuan yaitu 13 responden (59,1%) dibandingkan laki-laki sebanyak 9 responden (40,9%). Hasil penelitian Sari (2012) juga menyatakan bahwa dari 81 responden lebih dari separuhnya penderita sindroma dispepsia berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 44 responden (54,32%). Diperkuat juga dengan hasil penelitian Harahap (2009) yang menyatakan bahwa sebagian besar penderita sindroma dispepsia berjenis kelamin perempuan sebesar (61,6%).

Kasus dispepsia banyak terjadi pada kalangan perempuan, menurut asumsi peneliti hal ini dikarenakan seorang perempuan terlalu berlebihan ketika mencemaskan sesuatu dan cenderung

lebih membesar-besarkan hal yang kecil, seperti dalam hal memilih makanan serta takut akan bentuk badan yang tidak ideal yang akan mengurangi estetika serta menurunkan kepercayaan diri mereka. Hal ini juga dapat menimbulkan stres yang akan menimbulkan perilaku diet yang tidak sesuai, seperti halnya minum obat pelangsing dan obat gemuk agar bisa mendapatkan berat badan ideal secara instan atau menahan makan atau makan secara berlebihan tanpa olahraga yang teratur. Hal ini dapat memicu terjadinya gangguan kebutuhan nutrisi serta peningkatan asam lambung bahkan dapat menyebabkan terjadinya anoreksia nervosa pada orang yang kegemukan. Alangkah baiknya ketika seorang perempuan yang memiliki masalah seperti contohnya diatas agar dapat berkonsultasi dengan ahlinya, bagaimana diet yang seharusnya dilakukan agar tidak menimbulkan gangguan nutrisi.

Hasil penelitian didapatkan karakteristik pekerjaan responden, dari data di atas dapat dilihat bahwa sebagian besar penderita sindroma dispepsia berada pada responden yang bekerja (PNS, karyawan Swasta) sebanyak 27 responden (62.8%). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Sari (2012) yang menyatakan bahwa dari 81 responden penderita dispepsia bekerja sebagai PNS sebanyak 21 responden (25,93%) dan petani sebanyak 18 responden (22,22%). Ini tidak sejalan dengan hasil penelitian Harahap (2009) yang menyatakan bahwa proporsi tertinggi penderita dispepsia

berdasarkan pekerjaan adalah ibu rumah tangga (30,0%). Dari hasil penelitian ini sebagian besarnya penderita dispepsia adalah bekerja, menurut asumsi peneliti hal ini dikarenakan seseorang yang bekerja memiliki tekanan stres yang lebih tinggi dibanding yang tidak bekerja. Orang yang bekerja selain mendapat stressor dari lingkungan rumah akan mendapat stressor pula dari lingkungan tempat kerjanya. Seperti halnya saran peneliti diatas untuk mengurangi stress yang dirasakan bisa dengan cara melakukan hal-hal yang disenangi atau menekuni hobi yang disukai.

Hasil penelitian didapatkan karakteristik berdasarkan status perkawinan responden, data di atas menyatakan bahwa penderita sindroma dispepsia lebih dari separuhnya ditemui pada orang yang sudah kawin/ menikah sebanyak 24 responden (55,8%). Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Tarigan (2003) penderita sindroma dispepsia baik dispepsia fungsional maupun dispepsia organik hampir seluruhnya diderita pada kelompok yang sudah kawin yaitu sebanyak (95,5%) pada penderita dispepsia fungsional dan (90,9%) pada penderita dispepsia organik. Sesuai juga dengan hasil penelitian dari Harahap (2009) yang menyatakan sebagian besar penderita sindroma dispepsia berstatus kawin sebesar (70,4%). Menurut asumsi peneliti hal ini dikarenakan seseorang yang sudah menikah harus beradaptasi dengan lingkungan baru bersama pasangannya dan secara otomatis memiliki tanggung

jawab yang lebih besar dibanding yang belum menikah, seseorang yang sudah menikah selain bertanggung jawab terhadap diri sendiri, bertanggung jawab juga untuk keluarganya, suami, istri dan anak. Selain itu seseorang yang sudah menikah akan menghadapi berbagai masalah dalam rumah tangganya seperti halnya ketidakcocokan antara pasangan, pertengkeran, masalah ekonomi dan lain-lain. Seseorang yang sudah menikah hendaknya memiliki keterbukaan antara pasangan karena dengan cara memusyawarahkan masalah rumah tangga antara pasangan dapat mengurangi tekanan emosi pasangan dan diharapkan mendapatkan solusi untuk masalah yang dihadapi.

Dari hasil penelitian didapatkan karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan. Dari data di atas dinyatakan bahwa lebih dari separuhnya penderita sindroma dispepsia adalah dengan tingkat pendidikan SMA sebanyak 22 responden (51,2%) dan memiliki frekuensi lebih tinggi dibanding SMP dan Perguruan Tinggi, hal ini sesuai dengan hasil penelitian Harahap (2009) yang menyatakan bahwa proporsi tertinggi penderita sindroma dispepsia berdasarkan tingkat pendidikan adalah SLTA/ SMA sebanyak (17,7%). Dari penelitian terdahulu oleh Ervianti (2009, dalam Sari 2012) diperoleh hasil bahwa pendidikan tidak berhubungan dengan kejadian sindroma dispepsia. Menurut asumsi peneliti tingkat pendidikan tidak terlalu berpengaruh pada kejadian



sindroma dispepsia karena pengetahuan seseorang bisa didapatkan tidak hanya melalui pendidikan formal, akan tetapi pengetahuan bisa didapatkan melalui pengalaman yang dirasakan. Seperti halnya pepatah yang mengatakan bahwa pengalaman adalah guru terbaik. Walaupun seharusnya seseorang yang memiliki tingkat pendidikan tinggi mempunyai pengetahuan yang lebih baik dibandingkan yang berpendidikan rendah karena secara logika seseorang yang berpendidikan tinggi ilmu yang didapatkan selain dari pengalaman didapatkan pula dari pendidikan formal yang dijalaninya. Dengan pengetahuan tersebut maka diharapkan seseorang yang berpendidikan tinggi dapat mencegah terjadinya sindroma dispepsia pada dirinya dengan cara melakukan manajemen stress dengan baik seperti halnya lebih mengetahui pemicu stress pada dirinya dan dapat membuat keputusan apa yang harus dilakukan untuk mengatasi stress tersebut.

## 2. Analisa univariat variabel penelitian

Dari hasil penelitian tingkat depresi penderita sindroma dispepsia dapat dilihat bahwa lebih dari separuhnya mengalami depresi sebanyak 23 responden (53,5%). Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Tarigan (2003) yang menyatakan bahwa dari 22 responden, penderita sindroma dispepsia mengalami depresi sebanyak 14 responden pada penderita sindroma dispepsia fungsional dan 8 orang pada penderita sindroma dispepsia organik.

Menurut asumsi peneliti penderita dispepsia mengalami depresi yang merupakan salah satu gangguan emosional karena psikis dan fisik seseorang saling berikatan, apabila salah satu diantaranya ada yang terganggu maka akan mengganggu yang lainnya juga. Oleh karena itu salah satu cara yang dapat dilakukan agar tidak depresi dan tidak menimbulkan gejala berulang pada penderita sindroma dispepsia adalah dengan cara memajemen emosional seseorang tersebut, seperti memajemen waktu untuk olahraga dan relaksasi.

Dari tingkat kecemasan didapatkan hasil bahwa mayoritas responden yang terlibat pada penelitian ini mengalami cemas sebanyak 37 responden (86,0%). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Arimbi (2012) yang menyatakan bahwa ada hubungan bermakna antara tingkat kecemasan dengan tingkat dispepsia dengan nilai  $p (0,039) < \alpha 0,05$ . Asumsi peneliti tentang hal ini adalah cemas yang berlebihan pada penderita sindroma dispepsia akan menambah keluhan dispepsia yang sudah ada seperti halnya pusing yang tidak tertahan. Cara yang dapat kita lakukan untuk menghindari itu adalah dengan mengurangi kecemasan yang dirasakan dengan berkonsultasi atau berbagi cerita dengan orang dipercaya untuk mendapatkan saran-saran yang dapat dipakai untuk mengatasi masalah yang kita rasakan.

Dari tingkat stres didapatkan hasil bahwa tingkat stres responden yang terlibat dalam penelitian ini sebagian besar mengalami stres sebanyak 27 responden (62,8%). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Sari (2012) yang menyatakan bahwa dari 81 responden penderita sindroma dispepsia mengalami stres, walaupun tingkatannya berbeda-beda. Sebagian besar respondennya mengalami stres kategori sedang dan ringan. Asumsi peneliti akan hal ini adalah stres dapat dikaitkan dengan kejadian dispepsia karena stress yang juga merupakan gangguan psikis menjadi penyebab timbulnya sindroma dispepsia atau gejala dyspepsia berulang. Cara yang dapat kita lakukan adalah dengan cara manajemen stress dengan baik. Dengan mengetahui apa penyebab stress yang dirasakan dan memutuskan solusi apa yang dapat dilakukan untuk mengurangi stress tersebut.

Dari hasil penelitian tentang status emosional didapatkan bahwa mayoritas responden yang terlibat dalam penelitian ini yaitu penderita sindroma dispepsia mengalami gangguan emosional sebanyak 34 responden (79,1%). Hal ini sejalan dengan teori Longsreth (2004, dalam Rahmiwati, 2010) yang menyatakan bahwa gangguan psikis dipercaya dapat menimbulkan sindroma dispepsia karena dapat meningkatkan asam lambung, dismotilitas saluran cerna, inflamasi dan hipersensitif viseral. Asumsi peneliti akan hal ini adalah segala kejadian yang ada di kehidupan seseorang yang

berdampak pada gangguan emosional maka akan menimbulkan keluhan somatik pada beberapa sistem-sistem tubuh salah satunya pada sistem gastrointestinal yang menimbulkan keluhan sindroma dispepsia. Gangguan emosional dapat ditangani dengan pemberian psikofarmaka oleh dokter yang berwenang dan berkonsultasi dengan psikiater atau spesialis jiwa yang dapat membantu dalam penyelesaian masalah yang dihadapi.

Dari segi tingkat nyeri penderita sindroma dispepsia mayoritas mengalami nyeri sebanyak 37 responden (86,0%). Hal ini sejalan dengan teori dari Djojoningrat (2006) yang menyatakan bahwa salah satu gejala sindroma dispepsia adalah nyeri ulu hati. Hal ini juga sejalan dengan hasil penelitian Ervianti (2009, dalam Sari 2012) yang menyatakan bahwa hampir seluruhnya penderita sindroma dispepsia mengeluhkan nyeri perut sebanyak 80%. Menurut asumsi peneliti hal ini terjadi karena peningkatan asam lambung yang berlebih dan dismotilitas saluran cerna. Hal ini bisa ditangani dengan pemberian obat antasida atau obat kelompok *proton pump inhibitor* yang berfungsi menurunkan produksi asam lambung yang berlebih.

### 3. Analisa bivariat

- a. Hubungan antara tingkat depresi dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia.

Teknik analisa data menggunakan rumus *Fisher Exact Test* dengan taraf signifikan  $\alpha$  5% dengan nilai  $p = 0,393 > \alpha$  0,05 sehingga  $H_0$  diterima yang berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat depresi dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda.

Depresi menurut (Stuart, 2006) adalah suatu kesedihan dan perasaan duka yang berkepanjangan atau abnormal. Dilihat dari respon tubuh terhadap nyeri akut dari efek psikologis yang menyebabkan depresi menurut (Sunaryanto, 2009) itu umum terjadi berupa kecemasan, ketakutan, agitasi dan dapat menyebabkan gangguan tidur. Dan apabila nyeri berkepanjangan maka dapat menyebabkan depresi. Terkait dengan sistem gastrointestinal nyeri akut dapat merangsang saraf simpatis meningkatkan tahanan sfinkter dan menurunkan motilitas saluran cerna yang menyebabkan ileus. Hipersekresi asam lambung dapat menyebabkan ulkus dan bersamaan dengan motilitas usus, potensial menyebabkan pasien mengalami pneumonia aspirasi, mual, muntah dan konstipasi sering terjadi.

Berdasarkan data diatas peneliti berasumsi dimana tingkat depresi tidak berhubungan dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia dikarenakan tingkat depresi dan ambang nyeri setiap individu berbeda-beda. Sejalan dengan pernyataan Abraham (1997 dalam Qamariah 2014) yang menyatakan koping yang digunakan setiap individu berbeda-beda tergantung pada masalah yang dihadapi dan kemampuan menyelesaikan masalah tersebut. Jika masalah tersebut dapat diselesaikan dengan baik maka individu tersebut akan senang, sedangkan jika masalah tersebut tidak dapat diselesaikan dengan baik maka dapat menyebabkan individu tersebut marah-marah, frustrasi hingga depresi. Seperti halnya pembahasan depresi diatas cara yang dapat kita lakukan untuk mengurangi depresi adalah dengan cara manajemen waktu untuk berolahraga dan relaksasi.

- b. Hubungan antara tingkat kecemasan dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia.

Teknik analisis hubungan antara tingkat cemas dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia dilakukan dengan menggunakan rumus *Fisher Exact Test* dengan taraf signifikan  $\alpha$  5% dengan nilai  $p = 0,027 < \alpha 0,05$  sehingga  $H_0$  ditolak yang berarti ada hubungan yang bermakna antara tingkat kecemasan

dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda.

Secara psikis, penyebab nyeri dapat terjadi karena adanya trauma psikologis. Nyeri yang disebabkan faktor psikologis merupakan nyeri yang dirasakan bukan karena penyebab organik, melainkan akibat trauma psikologis dan pengaruhnya terhadap fisik. Kasus ini sering dijumpai pada kasus yang termasuk kategori psikosomatik, nyeri karena faktor psikologis ini disebut pula dengan *psychogenic pain* (Asmadi, 2008:145). Nyeri psikogenik menurut (Sunaryanto, 2009) berhubungan dengan gangguan jiwa misalnya cemas dan depresi. Nyeri ini akan hilang apabila keadaan kejiwaan pasien tenang. Cemas/ansietas adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki objek spesifik. Cemas dialami secara subjektif dan dikomunikasikan secara interpersonal (Stuart, 2006).

Berdasarkan data diatas peneliti berasumsi dimana tingkat kecemasan berhubungan dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia, hal ini dikarenakan cemas dapat mempengaruhi fisiologis seseorang, sejalan dengan respon fisiologis tubuh terhadap cemas yang dikemukakan oleh (Stuart, 2006) yang menyatakan bahwa pada sistem gastrointestinal

individu akan mengalami beberapa keluhan berupa kehilangan nafsu makan, menolak makan, rasa tidak nyaman pada abdomen, nyeri abdomen, mual, nyeri ulu hati dan diare. Pernyataan diatas didukung juga dengan hasil penelitian oleh Wibowo (2012) yang berjudul hubungan tingkat kecemasan dengan intensitas nyeri pada penderita nyeri punggung bawah (*low back pain*) di Poli Saraf RSUD Banyumas yang menyatakan terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat kecemasan dengan intensitas nyeri pada pasien nyeri punggung bawah di Poli Saraf RSUD Banyumas dengan hasil pengujian statistik menggunakan korelasi *spearman* diperoleh korelasi koefisien ( $r = 0.687$  ( $p = 0.000 < 0.01$ )). Cemas dapat dikurangi dengan cara mengetahui dulu apa penyebab cemas berlebihan yang dirasakan kemudian bisa berkonsultasi dengan psikiater atau spesialis kejiwaan.

- c. Hubungan antara tingkat stres dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia.

Teknik analisis hubungan antara tingkat stres dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia dilakukan dengan menggunakan rumus *Fisher Exact Test* dengan taraf signifikan  $\alpha 5\%$  dengan nilai  $p = 0,021 < \alpha 0,05$  sehingga  $H_0$  ditolak yang berarti ada hubungan yang bermakna antara tingkat stres



dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda.

Secara psikologis menurut Isaacs (2004) beberapa orang mengalami gejala fisik tanpa kerusakan organik. Gangguan somatoform ini mencakup hal-hal sebagai berikut: Gangguan somatis, yaitu seseorang mengalami banyak keluhan fisik, gangguan konversi, yaitu seseorang mengalami kehilangan atau perubahan fungsi fisik, hipokondriasis, yaitu seseorang merasa takut atau meyakini bahwa ia menderita sakit, gangguan dismorfik, yaitu seseorang dengan penampilan normal merasa mengalami cacat fisik, gangguan nyeri, di dalamnya faktor psikologis memainkan peran penting dalam awitan, keparahan, atau tetap adanya nyeri.

Gangguan nyeri somatoform adalah preokupasi nyeri tanpa adanya penyakit fisik yang menyebabkan intensitas nyeri. Nyeri ini tidak mengikuti penyebaran neuroanatomis. Mungkin ada hubungan erat antara stres dan konflik dengan munculnya nyeri atau eksaserbasi nyeri (Stuart, 2006). Stres sendiri adalah stimulus atau situasi yang menimbulkan distress dan menciptakan tuntutan fisik dan psikis pada seseorang (Isaacs, 2004). Menurut Hawari dalam Yosep (2007) istilah stres dan depresi seringkali tidak dapat dipisahkan satu dengan yang lainnya. Setiap permasalahan kehidupan yang menimpa pada

diri seseorang (stressor psikososial) dapat mengakibatkan gangguan fungsi/ faal organ tubuh. Reaksi tubuh (fisik) ini dinamakan stres; manakala fungsi organ-organ tubuh itu sampai terganggu dinamakan distress, sedangkan depresi adalah reaksi kejiwaan seseorang terhadap stres yang dialaminya. Sedangkan depresi adalah kejiwaan seseorang terhadap stres yang dialaminya. Menurut Isaacs (2004) komponen respon *fight or flight* pada sistem gastrointestinal adalah menurunkan motilitas gastrik (lambung dan usus), menurunkan sekresi dan kontraksi sfinkter.

Berdasarkan data diatas peneliti berasumsi dimana ada hubungan antara tingkat stres dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia. ini dikarenakan kejiwaan seseorang akan berpengaruh pada respon tubuhnya, seperti pernyataan Hawari dalam Yosep (2007) yang menyatakan bahwa dalam diri manusia itu antara fisik dan psikis tidak dapat dipisahkan satu dengan yang lainnya (saling mempengaruhi). Asumsi peneliti diatas juga didukung dengan hasil penelitian oleh Lambantoruan (2012) yang berjudul hubungan intensitas nyeri dengan stres pada pasien osteoarthritis di RSUP H. Adam Malik Medan yang menyatakan adanya hubungan antara intensitas nyeri dengan stres pada pasien osteoarthritis dengan arah korelasi positif. Korelasi kedua variabel ini diuji menggunakan

korelasi *spearman* dengan nilai korelasi 0.480 ( $p= 0.007$ ). Manajemen stress dengan baik merupakan cara yang tepat untuk mengurangi bahkan menghilangkan stress yang dirasakan.

- d. Hubungan antara status emosional dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia.

Analisis hubungan antara status emosional dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia dilakukan dengan menggunakan rumus *Fisher Exact Test* dengan taraf signifikan  $\alpha 5\%$  dengan nilai  $p = 0,000 < \alpha 0,05$  sehingga  $H_0$  ditolak yang berarti ada hubungan yang bermakna antara status emosional dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda.

Status emosional atau alam perasaan (mood) adalah perpanjangan keadaan emosional yang mempengaruhi seluruh kepribadian dan fungsi kehidupan seseorang (Stuart, 2006). Dalam tubuh kita terdapat otak bagian tengah yaitu sistem limbik yang terdiri dari amigdala dan hipotalamus yang berperan dalam mengontrol emosi, respons emosi, sekresi hormon, mood, motivasi, serta sensasi sakit dan senang (Haryanto, 2010). Otak terbentuk dari dua jenis sel yaitu glia dan neuron, mereka berkomunikasi dengan neuron dan keseluruhan tubuh dengan mengirimkan berbagai macam bahan kimiawi yang

disebut neurotransmitter. Dan neurotransmitter yang paling mempengaruhi sikap, emosi dan perilaku seseorang yang ada diantaranya adalah asetil kolin, dopamine, serotonin, epinefrin, norepinefrin. Pada pasien yang depresi diketahui mengalami peningkatan asetil kolin dan dopamin, hal ini merangsang sistem saraf parasimpatik yang mengakibatkan hipersimpatotonik pada sistem gastrointestinal yang akan menimbulkan peningkatan peristaltik dan sekresi asam lambung yang menyebabkan hiperasiditas lambung, kolik, vomitus dan sebagian besar gejala gastritis dan ulkus peptik.

Saat dalam keadaancemas dan stress hipotalamus akan melepaskan hormone *CRF (Corticotrophin-releasing factor)* yang pergi ke pituitari untuk membentuk dan melepaskan bahan kimia lain yaitu *ACTH (Adrenocorticotrophic hormone)* yang kemudian dilepaskan ke dalam aliran darah dan langsung menuju ke korteks adrenal yang menyebabkan korteks adrenal melepaskan glukokortikoid kortison dari rodent dan kortisol pada primata yang kemudian merangsang sistem saraf simpatis mengeluarkan adrenalin (epinefrin dan norepinefrin) yang menimbulkan perilaku yang berkaitan dengan respon *fight or flight* yang pada sistem gastrointestinal akan mengakibatkan penurunan motilitas gastrik. Peningkatan glukokortikoid umumnya disertai penurunan androgen dan estrogen, hal ini lah

yang menyebabkan seseorang yang mengalami stress mudah sakit karena mengalami imunodepresi dan imunostimulasi

Pada pasien sindroma dispepsia menurut (Djojoningrat, 2009) faktor psikologis dapat mempengaruhi fungsi gastrointestinal dan mencetuskan keluhan pada orang sehat. Dilaporkan adanya penurunan kontraktilitas lambung yang mendahului keluhan mual setelah stimulus stres sentral. Tapi korelasi antara faktor psikologis, stres kehidupan, fungsi otonom dan motilitas masih kontroversial.

Berdasarkan data diatas peneliti berasumsi dimana ada hubungan antara status emosional dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia, karena setiap manusia memiliki keterkaitan antara psikis dan fisik dalam kehidupannya. Sesuai dengan definisi sehat menurut UU no. 36 Tahun 2009 yang menyatakan bahwa sehat itu adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Dan menurut UU No. 18 tahun 2014 pasal 1 tentang kesehatan jiwa yang menyatakan bahwa kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk

komunitasnya. Oleh karena itu seseorang yang mengalami gangguan psikis maka akan berpengaruh juga pada keadaan fisiknya. Ini sesuai dengan peranan faktor psikososial yang merupakan salah satu faktor pencetus yang berperan dalam timbulnya dispepsia fungsional. Derajat beratnya gangguan psikososial sejalan dengan tingkat keparahan dispepsia. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa depresi dan ansietas berperan pada terjadinya dispepsia fungsional (Konsensus Nasional Penatalaksanaan Dispepsia dan Infeksi *Helicobacter pylori*, 2014). Dengan ini maka keadaan psikologis seseorang haruslah sehat agar tidak menimbulkan gangguan pada fisiknya atau bisa memperburuk keluhan sindroma dispepsia yang dialami. Caranya sama seperti menangani depresi, stress dan cemas yang sudah dibahas di atas yaitu dengan cara manajemen diri dan manajemen waktu untuk olahraga serta relaksasi, atau berkonsultasi dengan ahliya seperti psikiater dan spesialis kejiwaan serta pemberian psikofarmaka untuk gangguan emosional yang berat oleh dokter yang berwenang. Pada penderita sindroma dispepsia dengan gangguan emosional juga akan mengalami penurunan nafsu makan maka mengatur diet yang pas sangatlah diperlukan, seperti halnya makan sering dengan porsi yang sedikit, akan

tetapi lebih baiknya agar berkonsultasi dahulu pada ahlinya untuk pengaturan diet sesuai dengan keadaan pasien.

#### **D. Keterbatasan Penelitian**

Peneliti menyadari dalam penelitian ini terdapat kelemahan-kelemahan yang disebabkan karena keterbatasan peneliti, diantaranya:

1. Jumlah sampel yang diteliti hanya 43 responden dan terbatas di Poli Klinik Segiri Medika Samarinda.
2. Waktu penelitian yang terbatas dan hanya dilakukan dalam dua bulan.
3. Pengalaman peneliti yang baru pertama kali melakukan penelitian sehingga memungkinkan masih banyaknya kekurangan dan masih perlu banyak bimbingan dan masukan dalam penyelesaian penelitian ini.
4. Metode analisis penelitian hanya sampai bivariat saja yaitu berupa hubungan antara variabel yang diteliti sehingga belum diketahui faktor yang dominan yang berhubungan antara variabel yang diteliti tersebut.

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan maka diperoleh kesimpulan sebagai berikut :

1. Karakteristik penderita sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Samarinda yaitu lebih dari separuh berada pada tahap dewasa awal yaitu yang berkisar antara umur 26 tahun sampai 35 tahun (53.5 %), dan sebagian besar berjenis kelamin perempuan sebanyak 27 responden (62.8 %), pekerjaan penderita sindroma dispepsia sebagian besar adalah responden yang bekerja (PNS, karyawan Swasta) sebanyak 27 responden (62.8 %), status perkawinan pada penderita sindroma dispepsia lebih dari separuhnya ditemui pada orang yang sudah kawin/ menikah sebanyak 24 responden (55,8 %), dan pendidikan lebih dari separuhnya berada pada tingkat SMA sebanyak 22 responden (51,2 %).
2. Tingkat depresi pada penderita sindroma dispepsia menunjukkan hasil dari 43 responden lebih dari separuhnya mengalami depresi sebanyak 23 responden (53,5%).



3. Dari tingkat kecemasan didapatkan hasil bahwa penderita sindroma dispepsia mayoritas mengalami cemas sebanyak 37 responden (86,0%).
4. Dari tingkat stres didapatkan hasil bahwa penderita dispepsia sebagian besar mengalami stres sebanyak 27 responden (62,8%).
5. Dari status emosional penderita sindroma dispepsia mayoritas mengalami gangguan emosional sebanyak 34 responden (79,1%).
6. Dari tingkat nyeri mayoritas responden yang terlibat dalam penelitian ini mengalami nyeri sebanyak 37 responden (86,0%).
7. Hasil penelitian hubungan antara tingkat depresi dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia menunjukkan nilai  $p = 0,393 > \alpha 0,05$  sehingga  $H_0$  diterima yang berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat depresi dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda.
8. Hasil penelitian hubungan antara tingkat cemas dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia menunjukkan nilai  $p = 0,027 < \alpha 0,05$  sehingga  $H_0$  ditolak yang berarti ada hubungan yang bermakna antara tingkat kecemasan dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda.
9. Hasil penelitian hubungan antara tingkat stres dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia menunjukkan hasil nilai  $p =$

$0,021 < \alpha < 0,05$  sehingga  $H_0$  ditolak yang berarti ada hubungan yang bermakna antara tingkat stres dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda.

10. Hasil penelitian antara status emosional dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia menunjukkan hasil  $p = 0,000 < \alpha < 0,05$  sehingga  $H_0$  ditolak yang berarti ada hubungan yang bermakna antara status emosional dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda.

11. Berdasarkan uraian di atas dapat dilihat dan diambil kesimpulan bahwa ada hubungan yang bermakna antara status emosional dengan tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda.

## **B. Saran**

Dalam penelitian ini ada beberapa saran yang dapat disampaikan dan kiranya dapat bermanfaat dalam peningkatan pelayanan keperawatan.

1. Bagi responden diharapkan dengan diketahuinya hasil penelitian ini penderita sindroma dispepsia agar dapat mengontrol status emosionalnya dengan cara
  - a. Memanajemen waktu dengan melakukan aktivitas yang positif seperti berolahraga, melakukan hobi yang disukai.

- b. Berkonsultasi dengan konselor (perawat, dokter, psikiater) atau berbagi cerita/ masalah dengan orang yang dipercaya, hal ini diharapkan dapat menurunkan timbulnya keluhan berulang pada penderita sindroma dispepsia.
  - c. Berkonsultasi pada ahlinya tentang pengaturan diet yang dapat dilakukan sesuai dengan keadaan pasien.
2. Bagi tenaga keperawatan diharapkan dengan adanya penelitian ini perawat dapat lebih memperhatikan keadaan psikis seseorang ketika memberikan asuhan keperawatan tidak hanya terfokus memperhatikan sakit pada fisiknya saja dengan cara melakukan pengkajian secara komprehensif dan mendalam dan diharapkan perawat juga bisa menjadi konselor.
  3. Bagi instansi terkait Klinik Segiri Medika Samarinda diharapkan dengan adanya hasil penelitian ini dapat memberikan pelayanan yang lebih komprehensif (bio, psiko, spiritual) terhadap pasien yang berkunjung. Salah satu caranya dengan mengadakan poli kejiwaan yang dapat diisi oleh para ahli seperti dokter spesialis kejiwaan, perawat spesialis kejiwaan, ataupun psikolog.
  4. Bagi peneliti selanjutnya apabila melakukan penelitian yang sama hendaknya melanjutkan analisis hasil penelitian sampai pada multivariat agar terlihat faktor yang lebih dominan dan lebih dapat menguasai ilmu komputer agar tidak mengalami kesusahan dalam proses pengetikan naskah.

## DAFTAR PUSTAKA

Akil, H.A.M., (2009). *Tukak Duodenum. Dalam Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata M. K., Setiadi S, (editor). Edisi V. Jakarta. FKUI. InternaPublishing.

Arikunto, (2010) *Prosedur Penelitian*. Jakarta. PT Rineka Cipta.

Asmadi, (2008) *Teknik Prosedural Keperawatan: Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta. Salemba medika. (<http://books.google.co.id/books?id=Ij3P1qiHKMYC&pg=PA145&dq=Definisi+nyeri&hl=id&sa=X&ei=zw1sVJTSOYKmgXrroL4AQ&ved=oCBoQ6AEA>) diakses tanggal 14 November 2014

Budiarto, E., (2005) *Biostatistik untuk kedokteran dan kesehatan masyarakat* (<http://books.google.co.id/rumus%20fisher%20exact%20test>) diakses tanggal 20 November 2014

Dariyo, Agus (2004) *Psikologi Perkembangan Dewasa Muda* ([http://books.google.co.do.id/Downloads/Psikologi%20Perkemb%20Dewasa%20Muda%20\(CB\)%20%20Agus%20Dariyo%20%20Google%20Buku.htm](http://books.google.co.do.id/Downloads/Psikologi%20Perkemb%20Dewasa%20Muda%20(CB)%20%20Agus%20Dariyo%20%20Google%20Buku.htm)) diakses tanggal 22 Juni 2015

Djojoningrat, D., (2009) *Dispepsia Fungsional. Dalam Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata M, Setiadi S, (editor). Edisi V. Jakarta. FKUI. InternaPublishing.

Harahap, Y., (2007) *Karakteristik Penderita Dispepsia Rawat Inap di RS Martha Friska Medan*. Diakses tanggal 10 November 2014 di <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/14681/1/1oEoo274.pdf>

Hariyanto, Nia (2010). *Ada Apa Dengan Otak Tengah*. Jakarta. GradienMediatama. ([http://google.co.id/books?id=ijHDgZnLEwIC&pg=PA19&dq=Hormon+yang+berperan+dalam+emosional&source=bl&ots=M2-9e3q8-N&sig=naMDXitcEcr9p\\_WzBSeJzPZsvk4&hl=en&sa=X&ved=oCDcQ6AEwCWovChMlq5LXssDwxglVZiCmChoopgkm](http://google.co.id/books?id=ijHDgZnLEwIC&pg=PA19&dq=Hormon+yang+berperan+dalam+emosional&source=bl&ots=M2-9e3q8-N&sig=naMDXitcEcr9p_WzBSeJzPZsvk4&hl=en&sa=X&ved=oCDcQ6AEwCWovChMlq5LXssDwxglVZiCmChoopgkm)). Diakses tanggal 14 Juli 2015.

Hidayat, A.A.A. & Musrifatul, U., (2012) *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia (KDM)*. Surabaya. Health Book Publishing.

Hidayat, A.A.A., (2007) *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta. Salemba Medika.

Hirlan, (2009). *Gastritis. Dalam Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam.* Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata M, Setiadi S, (editor). Edisi V. Jakarta. FKUI. InternaPublishing.

<http://m.kompas.com/health/read/2014/06/16/1106311/Gangguan.Laut.Coklat.Atasi.Gangguan.lambung>. Diakses tanggal 10 November 2014.

<http://dennyhendrata.wordpress.com/00707/8/stres-dan-sistem-imun-tubuh-suatu-pendekatan-psikoneuroimunologi>. diakses tanggal 14 Juli 2015.

Isaacs, A., (2004) *Panduan Belajar: Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikiatrik.* Jakarta. EGC.

Julius, (2009). Tumor Gaster. *Dalam Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam.* Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata M, Setiadi S, (editor). Edisi V. Jakarta. FKUI. InternaPublishing.

Libibond S. H & Libibond, P.f. (1995). Penilaian manual untuk depresi, kecemasan, stress (DASS). University of Melbourne (2012). Diperoleh pada tanggal 10 November 2014 di <http://www2.psy.unsw.edu.au/groups/dass/over.html>

Muttaqin, A., (2008) *Buku Ajar Keperawatan dengan Gangguan Sistem Persyarafan.* Jakarta. Salemba Medika. (<http://books.google.co.id/books?id8UUIJRjz95AC&pg=PA532&dq=Penatalaksanaan+nyeri+non+farmakologi&hl=id&sa=X&eiYQdsVPnmEOPGmwWY14CoDw&ved=oCCQQ6AEwAg>) diakses tanggal 14 November 2014

Nursalam, (2008) *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan, Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan.* Edisi 1. Jakarta. Salemba Medika.

Notoatmodjo, S., (2012) *Metodologi Penelitian Kesehatan.* Jakarta. PT Rineka Cipta.

\_\_\_\_\_, (2005) *Metodologi Penelitian Kesehatan.* Jakarta. PT Rineka Cipta.

Priyanta, A., (2008) *Endoskopi gastrointestinal.* Jakarta. Salemba Medika. ([http://books.google.co.id/books?id=iAgY9vp4604C&pg=PA69&lpg=PA69&focus=viewport&dq=Gastritis+erosif&hl=id&output=html\\_text](http://books.google.co.id/books?id=iAgY9vp4604C&pg=PA69&lpg=PA69&focus=viewport&dq=Gastritis+erosif&hl=id&output=html_text)) diakses tanggal 20 November 2014

Price, S.A & Wilson, L.M.C., (2005) *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-proses Penyakit.* Edisi 6. Jakarta. EGC.

Qamariah, (2014) *Gambaran Aktivitas Fisik, Stres dan Kebiasaan Merokok pada Pasien Dispepsia di Unit Rawat Puskesmas Palaran Samarinda*. Skripsi.

Rahmiwati, (2010) *Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Sikap Pasien Dispepsia Fungsional dengan Penanggulangan Gangguan Psikosomatik Dispepsia Fungsional di RS DR. M. Djamil Padang*. Diakses tanggal 10 November 2014 di <http://repository.unand.ac.id/id/eprint/18335>

Simadibrata, M.K., Makmun, D., Abdullah, M., Syam, A.F., Fauzi, A., Renaldi, K., Mauleha, H., Utari, A.P., (editor). (2014). *Konsensus Nasional: Penatalaksanaan Dispepsia dan Infeksi Helicobacter pylori*. Jakarta. Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia (PGI) & Kelompok Studi Helicobacter pylori Indonesia (KSHPI).

Sunaryanto, A., (2009) *Penatalaksanaan Kasus Nyeri*. Paper. (<http://andikunud.files.wordpress.com/2010/08/penatalaksanaan-kasus-nyeri.docx>) diakses tanggal 20 November 2014.

Stuart, G.W., (2006) *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta. EGC.

Senium, Yustinus (2006) *Buku Kesehatan Mental 1*. Yogyakarta. Kanisius. ([http://books.google.co.id/books?id=qCg5hbprEwC&printsec=frontcover&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=o](http://books.google.co.id/books?id=qCg5hbprEwC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=o)) diakses tanggal 14 Juli 2015.

Tarigan, P., (2009). *Tukak Gaster*. Dalam *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata M, Setiadi S, (editor). Edisi V. Jakarta. FKUI. InternaPublishing.

Townsend, M.C., (1998) *Diagnosa Keperawatan pada Keperawatan Psikiatri*. Jakarta. EGC.

Wardhana, R., (2011) *Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Intensitas Nyeri pada Pasien Gagal Ginjal Kronis pada Saat dilakukan Hemodialisa RSUD A. W. Sjahrani Samarinda*. Skripsi.

Yosep, I., (2007) *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta. PT Refika Aditama.

# LAMPIRAN

## BIODATA PENELITI



### A. Data Pribadi

Nama : Fasyri Triyana Meilandani  
Tempat, tanggal lahir : Kandangan, 01 Mei 1993  
Alamat asal : Kandangan, Kal-Sel  
Alamat di Samarinda : Jl. Juanda 8 gang salak 4

### B. Riwayat Pendidikan

#### Pendidikan formal

- Tamat SD : SDN Batang Kulur tengah tahun : 2005
- Tamat SMP : SMP Ibnu Mas'ud Puteri tahun : 2008
- Tamat SMA : SMA Ibnu Mas'ud Puteri tahun : 2011

#### Pendidikan non formal

- Taman Pendidikan Al-qu'ran tahun : 2004



## PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Bapak/ Ibu yang saya hormati,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Fasry Triyana Meilandani

Nim : 11.113082.3.0274

Saya adalah mahasiswa Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda jurusan S1 Ilmu Keperawatan yang akan melakukan penelitian yang berjudul "*Hubungan Status Emosional dengan Tingkat Nyeri pada Pasien Sindroma Dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda*". Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara status emosional dengan tingkat nyeri pada pasien yang menderita sindroma dispepsia.

Dengan ini Saya mengharapkan kesediaan Bapak/ Ibu sekalian untuk turut berpartisipasi dalam penelitian ini dengan menandatangani lembar persetujuan dan bersedia mengisi pertanyaan-pertanyaan yang tercantum dalam kuesioner.

Setiap jawaban pertanyaan dari Bapak/ Ibu sekalian mohon sesuai dengan kondisi yang sebenarnya. Jawaban yang Bapak/ Ibu berikan dijamin kerahasiaannya dan hanya akan digunakan untuk penelitian.

Demikian saya sampaikan. Atas perhatian dan partisipasi Bapak/ Ibu sekalian dalam membantu kelancaran penelitian ini, saya ucapkan banyak terima kasih.

Peneliti

## LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti, saya bersedia berpartisipasi sebagai responden penelitian dengan judul "*Hubungan Status Emosional dengan Tingkat Nyeri pada Pasien Sindroma Dispepsia di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda*" Saya memahami bahwa penelitian ini tidak bersifat negatif dan tidak merugikan bagi saya dan keluarga serta segala informasi yang kami berikan dijamin kerahasiaannya. Saya berharap hasil penelitian ini akan menjadi bahan masukan bagi semua kalangan kesehatan, karena itu jawaban yang saya berikan adalah yang sebenarnya.

Samarinda, ... / ... / 2015

Responden

( ..... )

## HUBUNGAN STATUS EMOSIONAL DENGAN TINGKAT NYERI PADA PASIEN SINDROMA DISPEPSIA DI POLI PENYAKIT DALAM KLINIK SEGIRI MEDIKA SAMARINDA

### A. KARAKTERISTIK RESPONDEN

1. No. Responden : (diisi oleh peneliti)
2. Umur :
3. Jenis Kelamin :
4. Status Perkawinan :
5. Pekerjaan :
6. Pendidikan Terakhir :

### B. KUESIONER DASS

Petunjuk pengisian :

Kuesioner ini berisi dari berbagai pernyataan yang mungkin Bapak/ Ibu/ Saudara rasakan dalam menghadapi situasi hidup sehari-hari. Terdapat empat pilihan jawaban yang telah disediakan untuk setiap pernyataan yaitu:

- 0 : tidak sesuai dengan saya sama sekali atau tidak pernah.
- 1 : sesuai dengan saya sampai tingkat tertentu atau kadang-kadang.
- 2 : sesuai dengan saya sampai batas yang dapat dipertimbangkan atau lumayan sering.
- 3 : sangat sesuai dengan saya atau sering sekali.

Selanjutnya, Bapak/ Ibu/ Saudara diminta untuk menjawab dengan cara memberi check list (✓) pada salah satu kolom yang paling sesuai dengan pengalaman Bapak/ Ibu/ saudara selama satu minggu belakangan ini. Tidak ada jawaban yang benar ataupun salah, karena itu isilah sesuai dengan keadaan Bapak/ Ibu/ Saudara yang sesungguhnya, yaitu berdasarkan jawaban pertama yang terlintas dalam pikiran Bapak/ Ibu/ Saudara.

No.	PERNYATAAN	0	1	2	3
1.	Saya merasa bahwa diri saya menjadi lebih marah karena hal-hal sepele.				
2.	Saya merasa bibir saya sering kering.				
3.	Saya sama sekali tidak dapat merasakan perasaan positif.				
4.	Saya mengalami kesulitan bernafas (misalnya: seringkali terengah-engah atau tidak dapat bernafas padahal tidak melakukan aktivitas fisik sebelumnya).				
5.	Saya sepertinya tidak kuat lagi untuk melakukan suatu kegiatan.				
6.	Saya cenderung bereaksi berlebihan terhadap suatu situasi.				
7.	Saya merasa goyah (misalnya: kaki terasa mau 'copot').				
8.	Saya merasa sulit untuk bersantai.				
9.	Saya menemukan diri saya berada dalam situasi yang membuat saya merasa sangat cemas dan saya akan merasa sangat lega jika semua ini berakhir.				
10.	Saya merasa tidak ada hal yang dapat diharapkan di masa depan.				
11.	Saya menemukan diri saya mudah merasa kesal.				
12.	Saya merasa telah menghabiskan banyak energi untuk merasa cemas.				
13.	Saya merasa sedih dan tertekan.				
14.	Saya menemukan diri saya menjadi tidak sabar ketika mengalami penundaan (misalnya: kemacetan lalu lintas, menunggu sesuatu).				
15.	Saya merasa lemas seperti mau pingsan.				
16.	Saya merasa saya kehilangan minat akan segala hal.				
17.	Saya merasa bahwa saya tidak berharga sebagai seorang manusia.				
18.	Saya merasa bahwa saya mudah tersinggung.				
19.	Saya berkeringat secara berlebihan (misalnya: tangan berkeringat), padahal temperatur tidak panas atau tidak melakukan aktivitas fisik sebelumnya.				
20.	Saya merasa takut tanpa alasan yang jelas.				
21.	Saya merasa bahwa hidup tidak bermanfaat.				
22.	Saya merasa sulit untuk beristirahat.				
23.	Saya mengalami kesulitan dalam menelan.				

24.	Saya tidak dapat merasakan kenikmatan dari berbagai hal yang saya lakukan.				
25.	Saya menyadari kegiatan jantung, walaupun saya tidak sehabis melakukan aktivitas fisik (misalnya: merasa detak jantung meningkat atau melemah).				
26.	Saya merasa putus asa dan sedih.				
27.	Saya merasa bahwa saya sangat mudah marah.				
28.	Saya merasa hampir panik.				
29.	Saya merasa sulit untuk tenang setelah sesuatu membuat saya kesal.				
30.	Saya takut bahwa saya akan 'terhambat' oleh tugas-tugas sepele yang tidak biasa saya lakukan.				
31.	Saya tidak merasa antusias dalam hal apapun.				
32.	Saya sulit untuk sabar dalam menghadapi gangguan terhadap hal yang sedang saya lakukan.				
33.	Saya sedang merasa gelisah.				
34.	Saya merasa bahwa saya tidak berharga.				
35.	Saya tidak dapat memaklumi hal apapun yang menghalangi saya untuk menyelesaikan hal yang sedang saya lakukan.				
36.	Saya merasa sangat ketakutan.				
37.	Saya melihat tidak ada harapan untuk masa depan.				
38.	Saya merasa bahwa hidup tidak berarti.				
39.	Saya menemukan diri saya mudah gelisah.				
40.	Saya merasa khawatir dengan situasi dimana saya mungkin menjadi panik dan memerlukan diri sendiri.				
41.	Saya merasa gemetar (misalnya: pada tangan).				
42.	Saya merasa sulit untuk meningkatkan inisiatif dalam melakukan sesuatu.				

Harap periksa kembali, jangan sampai ada yang terlewatkan.  
Terima kasih.

### C. SKALA NYERI

Petunjuk pengisian:

1. Bacalah setiap pertanyaan dengan teliti sebelum menjawabnya.
2. Berilah tanda check list (✓) pada kotak yang tersedia dibawah pertanyaan dengan jawaban yang dianggap paling sesuai dengan keadaan anda.

Pada saat kambuh, rasa nyeri yang anda rasakan jika di ukur antara rentang 0 sampai 10, berapakah nilai nyeri yang anda rasakan ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Keterangan :

0 : tidak ada nyeri

10 : nyeri hebat

Analisa bivariat

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
tingkat depresi * tingkat nyeri	43	100.0%	0	0.0%	43	100.0%
tingkat cemas * tingkat nyeri	43	100.0%	0	0.0%	43	100.0%
tingkat stres * tingkat nyeri	43	100.0%	0	0.0%	43	100.0%
status emosional responden * tingkat nyeri	43	100.0%	0	0.0%	43	100.0%

1) Tingkat depresi dengan tingkat nyeri

**Crosstab**

			tingkat nyeri		Total
			tidak nyeri	nyeri	
tingkat depresi	tidak depresi	Count	4	16	20
		Expected Count	2.8	17.2	20.0
		% within tingkat depresi	20.0%	80.0%	100.0%
		% within tingkat nyeri	66.7%	43.2%	46.5%
		% of Total	9.3%	37.2%	46.5%
depresi	depresi	Count	2	21	23
		Expected Count	3.2	19.8	23.0
		% within tingkat depresi	8.7%	91.3%	100.0%
		% within tingkat nyeri	33.3%	56.8%	53.5%
		% of Total	4.7%	48.8%	53.5%
Total		Count	6	37	43
		Expected Count	6.0	37.0	43.0
		% within tingkat depresi	14.0%	86.0%	100.0%
		% within tingkat nyeri	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	14.0%	86.0%	100.0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.139 <sup>a</sup>	1	.286		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.392	1	.531		
Likelihood Ratio	1.148	1	.284		
Fisher's Exact Test				.393	.266
Linear-by-Linear Association	1.112	1	.292		
N of Valid Cases	43				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.79.

b. Computed only for a 2x2 table

### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for tingkat depresi (tidak depresi / depresi)	2.625	.426	16.164
For cohort tingkat nyeri = tidak nyeri 0-3	2.300	.470	11.257
For cohort tingkat nyeri = nyeri 4-10	.876	.680	1.128
N of Valid Cases	43		



2) Tingkat cemas dengan tingkat nyeri

**Crosstab**

			tingkat nyeri		Total
			tidak nyeri	nyeri	
tingkat cemas	tidak cemas	Count	3	3	6
		Expected Count	.8	5.2	6.0
		% within tingkat cemas	50.0%	50.0%	100.0%
		% within tingkat nyeri	50.0%	8.1%	14.0%
		% of Total	7.0%	7.0%	14.0%
cemas	cemas	Count	3	34	37
		Expected Count	5.2	31.8	37.0
		% within tingkat cemas	8.1%	91.9%	100.0%
		% within tingkat nyeri	50.0%	91.9%	86.0%
		% of Total	7.0%	79.1%	86.0%
Total		Count	6	37	43
		Expected Count	6.0	37.0	43.0
		% within tingkat cemas	14.0%	86.0%	100.0%
		% within tingkat nyeri	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	14.0%	86.0%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.546 <sup>a</sup>	1	.006		
Continuity Correction <sup>b</sup>	4.460	1	.035		
Likelihood Ratio	5.613	1	.018		
Fisher's Exact Test				.027	.027
Linear-by-Linear Association	7.371	1	.007		
N of Valid Cases	43				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .84.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for tingkat cemas (tidak cemas / cemas)	11.333	1.551	82.792
For cohort tingkat nyeri = tidak nyeri 0-3	6.167	1.602	23.738
For cohort tingkat nyeri = nyeri 4-10	.544	.243	1.218
N of Valid Cases	43		

3) Tingkat stress dengan tingkat nyeri

**Crosstab**

			tingkat nyeri		Total
			tidak nyeri	nyeri	
tingkat stres	tidak stres	Count	5	11	16
		Expected Count	2.2	13.8	16.0
		% within tingkat stres	31.3%	68.8%	100.0%
		% within tingkat nyeri	83.3%	29.7%	37.2%
		% of Total	11.6%	25.6%	37.2%
stres	stres	Count	1	26	27
		Expected Count	3.8	23.2	27.0
		% within tingkat stres	3.7%	96.3%	100.0%
		% within tingkat nyeri	16.7%	70.3%	62.8%
		% of Total	2.3%	60.5%	62.8%
Total		Count	6	37	43
		Expected Count	6.0	37.0	43.0
		% within tingkat stres	14.0%	86.0%	100.0%
		% within tingkat nyeri	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	14.0%	86.0%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.349 <sup>a</sup>	1	.012		
Continuity Correction <sup>b</sup>	4.262	1	.039		
Likelihood Ratio	6.325	1	.012		
Fisher's Exact Test				.021	.021
Linear-by-Linear Association	6.202	1	.013		
N of Valid Cases	43				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.23.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for tingkat stres (tidak stres / stres)	11.818	1.233	113.233
For cohort tingkat nyeri = tidak nyeri 0-3	8.438	1.080	65.940
For cohort tingkat nyeri = nyeri 4-10	.714	.509	1.002
N of Valid Cases	43		

#### 4) Status emosional dengan tingkat nyeri

**status emosional responden \* tingkat nyeri Crosstabulation**

			tingkat nyeri		Total
			tidak nyeri	nyeri	
status emosional responden	tidak terganggu	Count	6	3	9
		Expected Count	1.3	7.7	9.0
		% within status emosional responden	66.7%	33.3%	100.0%
		% within tingkat nyeri	100.0%	8.1%	20.9%
		% of Total	14.0%	7.0%	20.9%
	terganggu	Count	0	34	34
		Expected Count	4.7	29.3	34.0
		% within status emosional responden	0.0%	100.0%	100.0%
		% within tingkat nyeri	0.0%	91.9%	79.1%
		% of Total	0.0%	79.1%	79.1%
Total	Count	6	37	43	
	Expected Count	6.0	37.0	43.0	
	% within status emosional responden	14.0%	86.0%	100.0%	
	% within tingkat nyeri	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	14.0%	86.0%	100.0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	26.342 <sup>a</sup>	1	.000		
Continuity Correction <sup>b</sup>	21.082	1	.000		
Likelihood Ratio	23.297	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	25.730	1	.000		
N of Valid Cases	43				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.26.

b. Computed only for a 2x2 table

Analisa univariat

**umur responden**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid remaja akhir 17-25 th	15	34,9	34,9	34,9
dewasa awal 26-35 th	23	53,5	53,5	88,4
dewasa akhir 36-45 th	5	11,6	11,6	100,0
Total	43	100,0	100,0	

**jenis kelamin responden**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid laki-laki	16	37,2	37,2	37,2
perempuan	27	62,8	62,8	100,0
Total	43	100,0	100,0	

**status perkawinan responden**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak kawin	19	44,2	44,2	44,2
kawin	24	55,8	55,8	100,0
Total	43	100,0	100,0	

**pekerjaan responden**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak bekerja (IRT, pelajar/mahasiswa)	16	37,2	37,2	37,2
bekerja (guru, pns, karyawan swasta)	27	62,8	62,8	100,0
Total	43	100,0	100,0	

**tingkat pendidikan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid SMP	2	4,7	4,7	4,7
SMA	22	51,2	51,2	55,8
perguruan tinggi	19	44,2	44,2	100,0
Total	43	100,0	100,0	

**tingkat depresi**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak depresi	20	46,5	46,5	46,5
depresi	23	53,5	53,5	100,0
Total	43	100,0	100,0	

**tingkat cemas**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak cemas	6	14,0	14,0	14,0
cemas	37	86,0	86,0	100,0
Total	43	100,0	100,0	

**tingkat stres**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak stres	16	37,2	37,2	37,2
stres	27	62,8	62,8	100,0
Total	43	100,0	100,0	

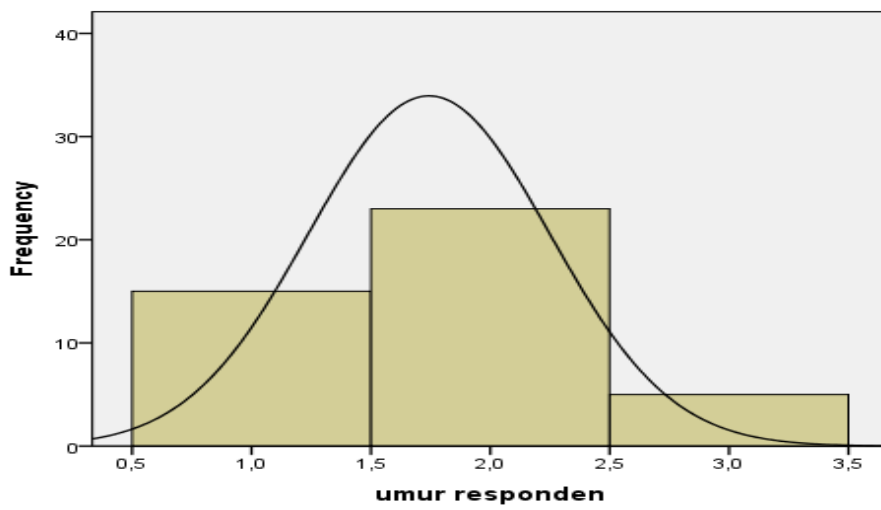
**status emosional responden**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak terganggu < 2	9	20,9	20,9	20,9
terganggu >= 2	34	79,1	79,1	100,0
Total	43	100,0	100,0	

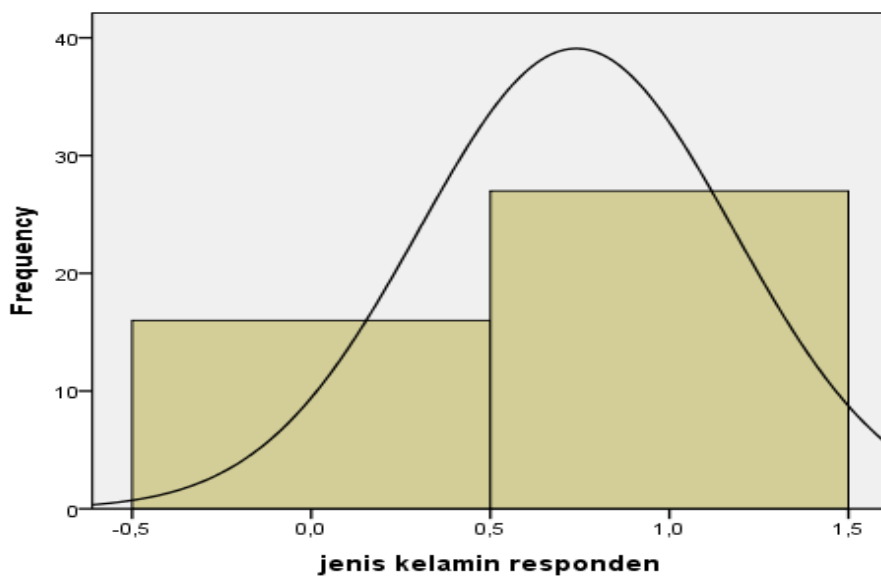
**tingkat nyeri**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak nyeri 0-3	6	14,0	14,0	14,0
nyeri 4-10	37	86,0	86,0	100,0
Total	43	100,0	100,0	

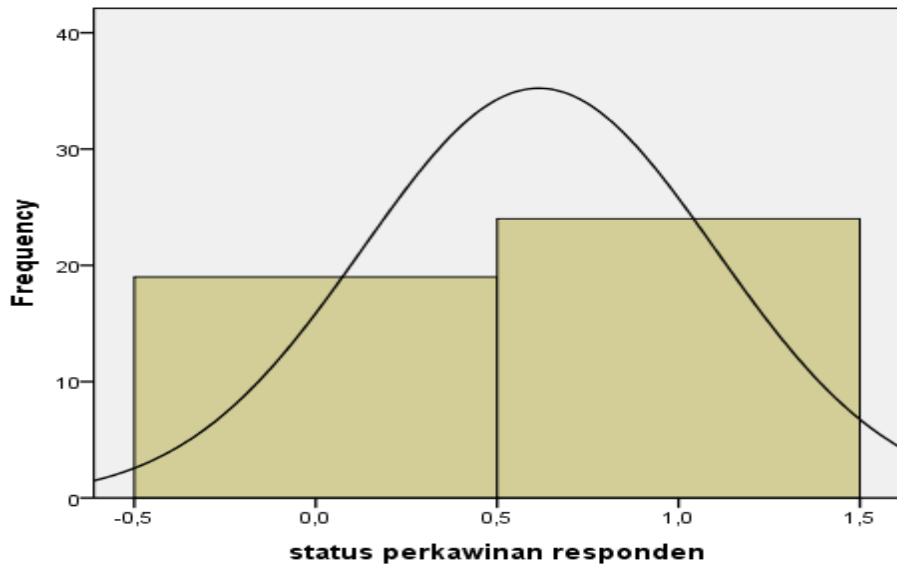
**umur responden**



**jenis kelamin responden**

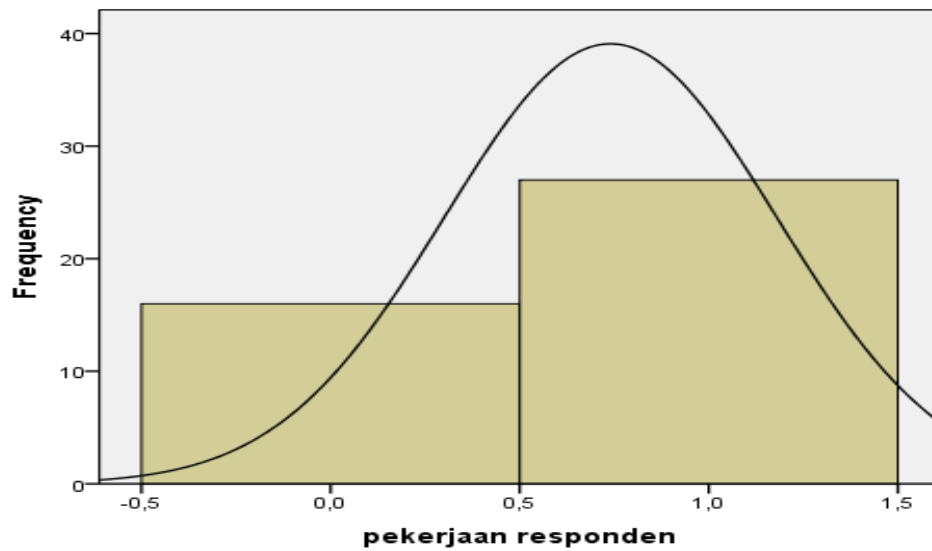


**status perkawinan responden**



Mean =0,56  
Std. Dev. =0,502  
N =43

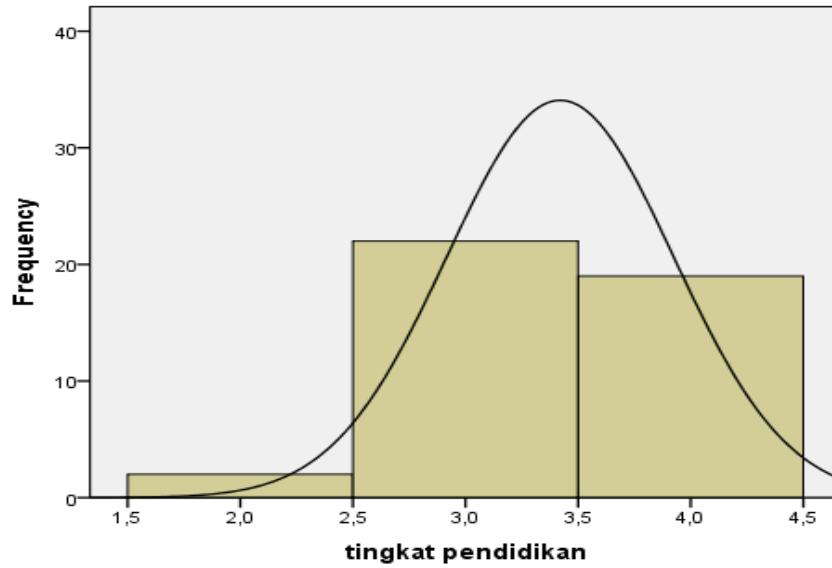
**pekerjaan responden**



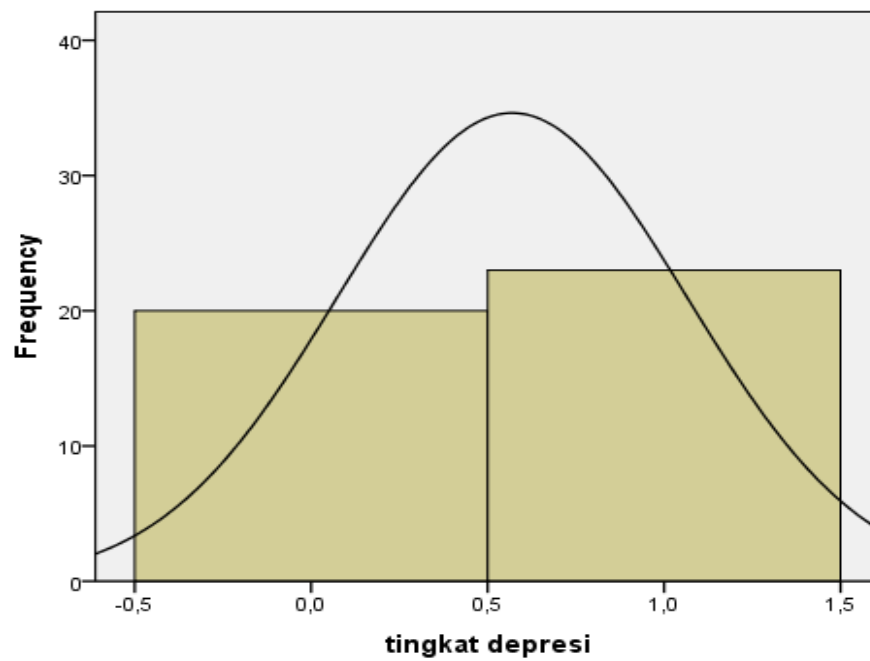
Mean =0,63  
Std. Dev. =0,489  
N =43



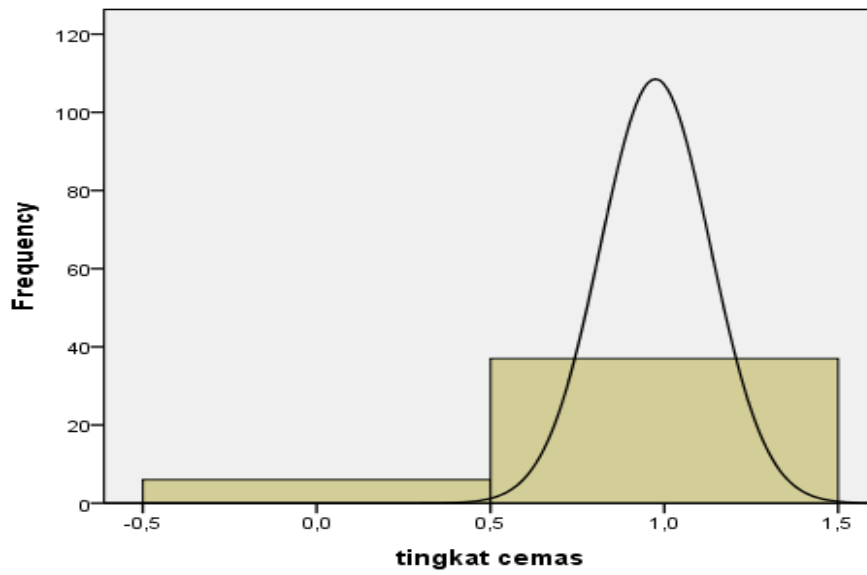
tingkat pendidikan



tingkat depresi

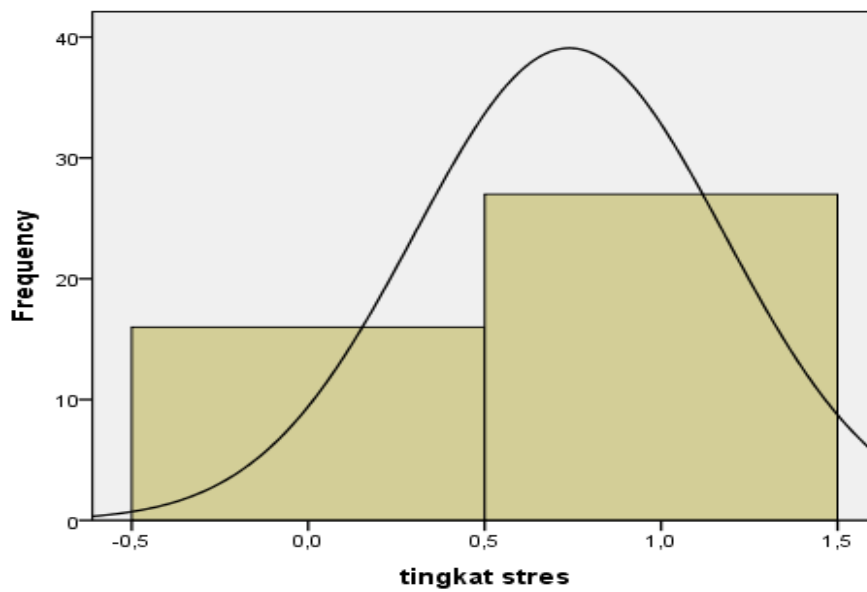


tingkat cemas



Mean =0,86  
Std. Dev. =0,351  
N =43

tingkat stres



Mean =0,63  
Std. Dev. =0,489  
N =43

